

M. B., B. S.

**Surgical Applied Anatomy. Pt. I.**

by

SIR F. TREVES.

جراحی اطلاق تشریح حصہ اول

ترجمہ

ڈاکٹر غلام دستگیر، ایم۔ بی۔ بی۔ ایس، منشی فاضل۔

UNIVERSAL  
LIBRARY

**OU\_188195**

UNIVERSAL  
LIBRARY







بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سر جیکل ایپلائڈ انامی

جراحی اطلاق تشریح

جلد اول  
آٹھواں ایڈیشن  
مصحفہ

سرفریڈرک ٹریویر ورنٹ  
بنظر ثانی

سی سی پچوئس۔ سی ایم جی سی بی۔ ای بی ایس سی این ریڈ ایم ٹی (ایڈیٹرک) ایف آر سی ایس (پبلشر) ہتھچر  
ڈاکٹر غلام دنگیر صاحب ایم بی بی ایس، منشی فضل کرشن ستر تالیف ترجمہ جامعہ کیمبرج  
۱۳۵۶ھ ۱۳۵۷ھ ۱۳۵۸ھ ۱۳۵۹ھ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

یہ کتاب مسرز کیسل اینڈ کمپنی لندن کی اجازت سے  
جن کو حق اشاعت مامل ہے اردو میں  
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

# فہرست مضامین

جراحی اطلاقی تشریح

جلد اول

حصہ اول - سر اور گردن

صفحہ	باب
۱	۱ چاندلی
۱۵	۲ تجملہ کی غلطی حیرانی چھت
۳۰	۳ مشمولات تجملہ
۶۱	۴ مجر اور آنکھ
۹۶	۵ کان
۱۱۵	۶ ناک اور انفی کہنے
۱۳۳	۷ چہرہ
۱۶۷	۸ منہ زبان - خشک اور بلووم
۱۹۳	۹ گردن
	۱۰ چھاتی اور اس کے اعضاء
۲۳۲	۱۱ کندھے کا خطہ

حصہ دوم - صدر

حصہ سوم - جارجہ اعلیٰ

۳۰۰	...	...	...	...	...	بازو	۱۲
۳۰۹	...	...	...	...	...	کہنی کا خطہ ..	۱۳
۳۲۸	...	...	...	...	...	پیش بازو .	۱۴
۳۳۶	...	...	...	...	...	پوہنچا اور ہاتھ	۱۵
۳۶۲	...	...	...	...	...	جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد .	۱۶

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

# SURGICAL APPLIED ANATOMY

## جراحی اطلاق تشریح

جلد اول

حصہ اول - سر اور گردن

باب اول

چاندلی

(THE SCALP)

طالب علم کو ضرور تمام سر کا خیال رکھنا چاہئے، اور اگر اسے چاندلی کے کسی زخم کا معائنہ کرنا ہو تو اسے نہ صرف زخم کے حقیقی حدود معلوم کرنا چاہئیں، بلکہ اسے اپنے تشریح کے علم اور ان تعلقات کی مدد سے جو مریض میں مشاہدہ کردہ امارات سے زخم کو ہیں، ماتحت بانٹوں اور بالخصوص شمولاتِ حجمہ کو ایذا پہنچنے کے احتمال یا امکان کا بھی استنباط کرنا چاہئے۔ اگر حجمہ کا کسر دماغ یا جمجمی سوراخوں میں سے گزرنے والے عروق یا اعصاب کو مضرت پہنچنے سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو تو یہ اتنا عظیم الامہیت نہیں ہوتا۔ لیکن بحثِ مضمون کا لحاظ رکھتے ہوئے یہ مناسب ہو گا کہ چاندلی اور غلطی کھوپری اور جمجمی شمولات کا علیحدہ علیحدہ ذکر کیا جائے۔

چاندلی کی تعریف یوں کی جاسکتی ہے کہ یہ وہ نرم حصے ہیں جن سے کھوپری ڈھکی ہوتی ہے۔ اور یہ حصے طبقات میں مترتب ہیں جو جھجی محراب اور مدغی خطہ پر کسی قدر مختلف ہوتے

ہیں۔ وہ نرم حصے جن سے محراب مذکور ڈھکی ہوئی ہے پانچ طبقات میں

تقسیم کئے جاسکتے ہیں :- (۱) جلد (۲) زیر جلدی شحمی بافت (۳) برجھی عضلہ (تذالی جبھی عضلہ) اور اسکا وزیر عیض (۴) ڈھیلی زیر برجھی اتصالی بافت (۵) گرد جھجہ۔

اس لئے جب "چاندلی اتاری جاتی ہے" تو یہ طبقہ چہارم کی ڈھیلی زیر برجھی اتصالی بافت پر سے علحدہ ہو جاتی ہے۔ لہذا اتری ہوئی چاندلی پہلی تین ہوں پر مشتمل ہوتی ہے۔ "چاندلی" کی اصطلاح کو انہی تینوں ساختوں کے اتحاد تک محدود رکھنے کا رواج عام ہے۔ مگر امریکہ کے وحشی اصلی باشندوں کے مقابلہ میں جراح اس اصطلاح میں اب اکثر پانچوں طبقات کو شامل کر دیتا ہے۔

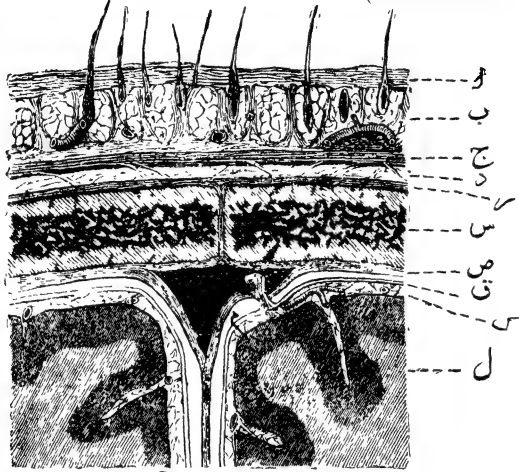
(۱) چاندلی کی جلد (شکل ۱- الف) جسم کے ہر حصہ کی جلد سے زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ یہ ہر مقام پر نیچے کے وزیر عیض اور عضلہ سے زیر جلدی بافت کے ذریعہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اس لئے یہ اس عضلہ کی تمام حرکتوں کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔

(۲) زیر جلدی بافت ڈھیلی کی زیر جلدی بافت کے مشابہ ہوتی ہے اور

کثیر التعداد لیپنی بندوں سے جن میں شحمی لختک کم و بیش منفرد فضاؤں میں بند ہوتے ہیں، مرکب ہونے کی وجہ سے یہ دباؤ کا بخوبی مقابلہ کر سکتی ہے (شکل ۱- ب)۔ یہ زیر جلدی بافت جسم کی عمومی سطح کی زیر جلدی بافت کے خلاف ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی۔ چاندلی کی ڈھیلی بافت جس پر حرکت واقع ہوتی ہے اور جس میں انقباضات کے جمع ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے جو حتماً طبقہ ہے جو برجھی عضلہ اور گرد جھجہ کے درمیان ہوتا ہے۔ پہلے تین طبقوں کی کثافت کا نتیجہ یہ ہے کہ ان میں انقباضات جو خواہ زور کی وجہ سے ہوں یا التهاب کی وجہ سے پیدا نہیں ہوتے۔ لہذا بالدار چاندلی پر کوئی تکیاں نمودار نہیں ہوتیں اور نہ سطحی التهابات مثلاً سرخ بادہ (erysipelas) ہی میں اس پر ایسے التهاب کے ہر دو دشوہر و معروف خصائص یعنی سرخی اور ورم (سوائے بہت ہی خفیف ہونے کے) نمودار ہوتے ہیں۔

جلد پر دہنی غد کثیر تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔ اور ان سے بعض اوقات دہنی دویر کے پارسولیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ ایسے دویرے جسم کے دوسرے حصوں کی نسبت چاندلی پر زیادہ کثیر الوقوع ہوتے ہیں۔ جلدی بالیدیں ہونے کی وجہ سے یہ رسولیاں عظیم البسامت ہونے پر بھی بزرگھی عضلہ سے باہر رہتی ہیں۔ اور اس لئے یہ دھیلی زیر بزرگھی القصال بافت میں مداخلت

3



شکل ۱۔ یہ شکل چاندلی کے طبقات اور: مانغ کے اغشیہ کی ترشش کو ظاہر کرتی ہے۔  
 الف، جلد۔ ب، زیر جلدی بافت بالوں کی جڑوں اور عروق کے ساتھ۔ ج، بزرگھی عضلہ۔  
 د، زیر بزرگھی طبقہ۔ س، گزجہ۔ ص، بداری ہڈی۔ ص، ام جانیفہ۔ ق، عکبوتیہ۔  
 ک، ام حونہ۔ ل، قشرہ زیر جانی فضائیں ایک جسم کیونی کے قریب جو فوٹانی  
 طونی جوت میں ابھرا ہوا دکھائی دیتا ہے۔

کرنے کے بغیر ہی دور کیا جاسکتی ہیں، اور اسی طرح ان کو دور بھی کرنا چاہئے۔ یہ لاری طوریہ برائت زدہ مادہ پر مشتمل ہوتی ہیں جس کا، بلا ضرورت گہر انگاف دے کر، بے احتیاطی سے زیر بزرگھی بافت پر انقباض کر دینے سے خطرناک غلوی التهاب کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔  
 زیر جلدی بافت کے علاوہ چاندلی میں اور کسی جگہ بھی بافت نہیں ہوتی۔ اور یہاں بھی

یہ تھوڑی سی اور بند ہوتی ہے۔ اسلئے فریبی میں چاندلی میں بہت کم تغیر واقع ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چاندلی کے سنجی سلعات بہت نادر الوقوع ہیں، اگرچہ یہ واقع ضرور ہوتے ہیں۔

بالوں کی پیوستگی چاندلی کے ساتھ جیشیت مجموعی اس قدر مضبوط ہے کہ یہ جسم کا تمام وزن برداشت کر سکتے ہیں۔ اور ایسا اکثر ہوا ہے کہ جب کسی عورت کے بال جلتی ہوئی مشین میں آگئے ہیں تو یہ ٹوٹے نہیں بلکہ تمام کی تمام چاندلی زیر برنجھی ڈھیلی اتصالی بافت پر سے کھویری سے علیحدہ ہو گئی ہے۔ تسی۔ تسی۔ چوٹس کے مشاہدہ میں ایک مریض آیا ہے جو اپنی چاندلی کو کاغذ کے پارسل میں دار الشفا میں لایا تھا۔ اس کو صاف کر کے احتیاط سے ٹانگے لگانے سے اس کا ایک حصہ بچ گیا۔

(۳) زیر جمجمی عضلہ (قذالی جبہی عضلہ) کی کوئی خاص جراحی اہمیت نہیں۔

(۴) زیر برنججمی اتصالی بافت (subepicranial connective tissue)

جو چاندلی کا چوتھا یا خطرناک رقبہ ہے سرجن کے لئے عظیم الہمیت ہے۔ یہ ڈھیلی اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے اور برنججمیہ اور گرد و جھجھ کے درمیان واقع ہوتا ہے (شکل ۱-۵)۔ اس طبقہ کا ڈھیلایں ہی زیر جمجمی عضلہ کو حرکت پذیر کی اجازت دیتا ہے اور اسی وجہ سے چاندلی حادثات میں بڑے بڑے دامنوں کی شکل میں جو منہ پر بھی لٹک آتے ہیں علیحدہ ہو جاتی ہے۔ امتحانات بعد الموت میں چاندلی کو اسی ڈھیلے طبقہ پر سے اتارنے سے کھویری منکشف ہو جاتی ہے۔ یہ ڈھیلہ طبقہ تمام چاندلی پر مسلسل طور پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس کا تسلسل ایک اور اسی قسم کے طبقہ سے قائم ہے جو پیشانی پر واقع ہوتا ہے، لہذا اس لیول پر واقع ہونے والے التهابی انصبابات کو سارے سر پر پھیلنے سے روکنے کے لئے کوئی چیز نہیں۔ چونکہ اسی طبقہ میں بڑے بڑے عروقی خون اور عروقی لف بھی پائے جاتے ہیں، اور نیز بہت سی وریدیں وسیط وریدوں (emissary veins) کے راستے سے جھجھ کے اندر کے وریدی خونوں سے بھی ربط و راہ رکھتی ہیں اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس عرق پر کے التهاب سے اہم جراحی خطرات پیدا ہو سکتے ہیں جن کی وجہ سے اس رقبہ کو خطرناک رقبہ کے نام سے موسوم کرنا جائز ہے۔

(۵) گرد و جھجھ (pericranium) ہڈی سے بہت کم منفعم ہوتا ہے۔ مگر



درزوں پر یہ مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱-ا، س)۔ دیگر مقامات پر سے یہ جراحی عملوں یا اتفاقی چوٹوں میں کھوپری پر سے آسانی بڑے بڑے حصوں میں اتر سکتا ہے۔

5

نیچے کی ہڈی کے لئے مغذی عشا ہونے کی حیثیت سے گردنجمہ اور دوسرے مقامات کے گرد عظمہ میں فرق یہ ہے کہ قبل الذکر کو ام جافیہ (dura mater) سے مزید تقویت پہنچتی ہے۔ گردنجمہ کو کھوپری کی محراب کے معتد بہ حصہ پر سے اتار لینے سے بھی قلیل المقدار سطحی انتشار کے علاوہ جو شاید پیدا ہو جاتا ہو تخر واقع نہیں ہوتا، کیونکہ جمجی ہڈیوں کی رسد خون زیادہ تر ام جافیہ (dura mater) سے آتی ہے۔ مزید برآں گردنجمہ کے اس خاصہ کی توضیح اس کے اس افضل سے بھی ہوتی ہے جو جمجی ہڈیوں کے تخر کی حالت میں ظہور پذیر ہوتا ہے۔ لمبی ہڈی میں تخر واقع ہونے کی صورت میں رمتہ (sequestrum) کی علحدگی چند مہنتوں ہی میں واقع ہو جاتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی نئی ہڈی میں گرد غلطی بالیدگی بڑے زور سے رونما ہوتی ہے جس کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ رمتہ (sequestrum) کی علحدگی سے جو جگہ خالی رہ گئی ہے وہ پر گرد دیکھ جائے، مگر کھوپری کی محراب میں تخر ظاہر ہونے کی حالت میں رمتہ کی علحدگی بہت آہستہ ہوتی ہے اور نئی ہڈی طیار نہیں ہوتی اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، اور نیز رخنہ بغیر رمتہ ہی کے رہ جاتا ہے۔ نئی ہڈی پیدا کرنے کے لئے گردنجمہ میں ایک عمومی مغائرت پائی جاتی ہے۔ اور اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ کسی جمجی نقص کے موجود ہونے کی حالت میں، جیسا کہ علیہ کے بعد رہ جاتا ہے، دوسرا ور آگے کی طرف بھٹکنے میں عدم توازن کے موجود ہونے اور دیگر شکائت کردہ علامات کو رفع کرنے کے لئے رخنہ کو پر کرنے کی غرض سے جراحی تدابیر کی ضرورت ہوتی ہے۔

صدغی خطہ میں چاندلی کے آٹھ طبقات شناخت کئے جاسکتے ہیں۔

یعنی (۱) جلد، (۲) سطحی ردا، (۳) کان کے چھوٹے چھوٹے خارجی عضلات، (۴) برجمجی وتر عریض کی باریک کور، (۵) ایک باریک ردا جو صدغی حید سے صیوان الاذن کی طرف کو جاتی ہے، (۶) صدغی ردا، (۷) صدغی عضلہ اور (۸) گرد عظمہ۔

محراب کی نسبت یہاں سطحی ردا کم گھنی ہوتی ہے اور اس میں شخی ذرات کم دکھائی دیتے ہیں۔ برجمجی وتر عریض صدغی ردا پر ایک باریک تہ کی شکل میں پھیل کر کوئی واضح کنارہ ظاہر کئے بغیر

غائب ہو جاتا ہے۔

صدغی حفزہ (temporal fossa) میں جربی بہت ہوتی ہے۔ اور لاغر اشخاص میں اس کے انجذاب سے وجنہ (zygoma) اور عظم العارض باہر کی طرف میز طور پر ابھرتے ہیں۔ وجنہ (zygoma) کے اوپر کی طرف صدغی عضلہ بہت گھنی رداسے ڈھکا ہوتا ہے جس کا نام صدغی رداس ہے۔ یہ رداس اوپر کی طرف عظام جبہی و مداری کے صدغی حید سے اور نیچے کی طرف وجنی قوس سے چسپید ہوتی ہے۔ تحت صدغی ازالہ (subtemporal decompression) کے عمل میں جو دروں بھی دباؤ کو رفع کرنے کے لئے کیا جاتا ہے کھوپری کے عظمی حصہ میں رختہ بنانے کے بعد اس رداس پھر ٹانکے لگا دئے جاتے ہیں۔ اس سے دماغ کی جوا کے نیچے ہوتا ہے کسی قدر محافظت ہو جاتی ہے اور یہ باہر کی طرف زیادہ ابھرنے نہیں پاتا۔ صدغی خطہ میں جوا انصبابات ظہور پذیر ہوتے ہیں وہ وجنہ (zygoma) کے اوپر سے سطح تک آنے سے اس رداسی وجہ سے رک جاتے ہیں۔ اور اس لئے جسنیجی (pterygoid) اور فکی (maxillary) خطہ جات اور گردن میں آسانی پھیل جاتے ہیں۔ خون کی زیر بنجی و عابد ریاں اس خطہ کے قرب و جوار میں نہایت ہی نادر الوقوع ہیں کیونکہ یہاں پر گرد و عظمہ کھوپری سے محراب کے دیگر حصوں کی نسبت بہت زیادہ مضبوطی سے منضم ہوتا ہے۔

### چاندلی کے عروق خون - فوق مجری (supraorbital) شریان اور

اعصاب فوق مجری کٹاؤ سے جو بالائی مجری کو رکے درمیانی اور اندرونی ثلث کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے اوپر کی طرف عموداً جاتے ہیں۔ خط وسطی کے قریب جبہی (frontal) شریان اور فوق البکری (supratrochlear) عصب اوپر کی طرف کو چڑھتے ہیں۔ یہ شریان اس دامن کے لئے باعث حیات ہے جو ترقیع الانف (rhinoplasty) میں نئی ناک طیار کرنے کے لئے پیشانی سے لیا جاسکتا ہے۔ صدغی (temporal) شریان وجہی (facial) عصب کی اذینی صدغی (auriculo-temporal) شاخ کی رفاقت میں اس (شریان) کے پیچھے ہوتی ہے اور وجنہ کے قاعدہ کو کان کے عین آگے سے کاٹتی ہوئی گذرتی ہے۔ یہ عرق وجنہ (zygoma) کے دواغچ اوپر و انتہائی شاخوں (مقدم اور موخر) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔

ان شاخوں میں اور خاص کر شاخ مقدم میں صلابت الشریانی پیچ اکثر بخوبی نمایاں ہوتے ہیں۔ ان شاخوں میں دوالی نما اور سما (cirroid aneurysm) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور چاندلی کی دوسری شریانوں مثلاً قذالی شریان میں یہ اتنی کثرت سے واقع نہیں ہوتا۔ موخر اذینی (posterior auricular) شریان اور عصب (جو وجہی سے نکلتا ہے) زائدہ حلیہ اور کان کے درمیان کے میزب میں سے گزرتے ہیں اور قذالی (occipital) شریان اور کبیر قذالی (great occipital) عصب (جو دوسرے عرق میں سے نکلتا ہے) قذالی ابھار (occipital protuberance) اور زائدہ حلیہ کے درمیان نقطہ کے ذرا اندر کی طرف سے چاندلی کی طرف گزرتے ہیں۔ چاندلی کو رسد پہنچانے والی شریانیں اور اعصاب زیادہ تر اوپر کی جانب کو قمتہ الرکس (vertex) کی طرف جاتے ہیں۔ لہذا عرق اور عصبی رسد با فراطب حاصل کرنے کے لئے حلیہ جات میں چاندلی کے دامنوں کا خاکہ اس طرح طیار کیا جاتا ہے کہ وہ اپنے عریض قاعدوں پر پیچھے کی طرف کو مڑ جائیں اور اس امر کا لحاظ عموماً رکھا جاتا ہے کہ رسد مذکور کا کم از کم ایک عمودہ ماخذ ان میں موجود ہو۔ جالیاتی اغراض کی بنا پر شکاف بالدار چاندلی پر بنانے کی کوشش کرنا چاہئے اور اگر کسی صورت میں معراجل میں مداخلت کرنا لازمی ہو تو اسے کسی لمبی خط مثلاً صدغی جید (temporal ridge) پر سے کاٹنا چاہئے۔ بعض حالتوں میں اس طریقہ سے بغیر کسی بدشکلی کے زیادہ گنجائش حاصل کی جاسکتی ہے کہ دامن بنانے کے لئے جو شکاف دیا جاتا ہے اسکے ایک جرحہ کو پیچھے کی طرف کان کے پیچھے سے زائدہ حلیہ کے اوپر تک بڑھایا جائے اور پھر صیوان الاذن کے غضروفی حصہ کو منفذ سمی خارجی (صماخ) (external auditory meatus) سے کسی قدر علحدہ کر دیا جائے۔ چاندلی کی کثرت عریقت اور یہ امر کہ عروق زیادہ تر زیر جلدی بانفت یعنی دھیلی زیر برزجمی بانفت کے اندر سے اسکے قدرتی خط علحدگی سے اوپر ہی گزرتے ہیں اغاثات کا السد ادا کرنے کے لئے دو قوی اسباب ہیں۔ دریدہ چاندلی کے بڑے بڑے دامنوں کا رجحان مردہ ہو جانے کی نسبت زندہ رہنے کی طرف زیادہ ہوتا ہے خواہ وہ ایک وسیع حد تک ہی علحدہ ہو گئے ہیں یا تقریباً الگ ہی کیوں نہ ہو گئے ہوں۔ دباؤ سے چاندلی میں گنگرین کا واقع ہونا نہایت ہی نادر واقعہ ہے۔

ان زخموں سے نزف بالعموم بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور اس کا روکنا مشکل ہوتا ہے۔ اس امر کا انحصار اتنا قاعد عروق پر نہیں ہوتا جتنا کہ ارد گرد کی بانفت کی بیشکی

اور شریانوں کے بیرونی طبقہ کے چاندلی کی ساخت کے ساتھ منغم ہونے اور اس لئے کاٹے جانے پر ان کے بخوبی باز کشیدہ نہ ہو سکنے پر ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ چھٹی کے ذریعہ سے چاندلی میں سے کسی کٹی ہوئی شریان کو کپڑا مشکل ہوتا ہے۔ جریان خون کو بند کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ مزاحم کھوپری پر جو اس کے نیچے ہوتی ہے دباؤ ڈالا جائے، اور کٹے ہوئے عرق کے نیچے سے سوئی گزار کر بند کش لگائی جائے۔ اگر چاندلی اتفاقی طور پر پھٹ کر علحدہ ہو جائے یا عملیہ میں دامن بنانے کی ضرورت ہو تو سر کے ارد گرد ربر کا بند باندھنے یا دامن کے قاعدہ کو کسی اوزار سے، مثلاً معمولی شنگھ کے بازوؤں میں دبا دینے سے جریان خون کا عارضی انسداد کیا جاسکتا ہے اور یا مددگار کا ہاتھ سے دامن کے قاعدہ پر صرف دباؤ ڈالنا ہی اتنا اعتبار اس الدم پیدا کر سکتا ہے کہ اس سے مریجن خون کا شدید نقصان ہونے سے پیشتر ہی عروق کو فرداً فرداً بندشوں سے باندھ سکتا ہے۔

8

جراحی میں بعض وسیط وریڈیں (emissary veins) عظیم الامہیت ہیں۔ یہ وریڈیں جمجمی دیوار کے روزنوں میں سے گذرتی ہیں، اور درون جمجمی جوفوں اور بیرونی وریڈوں کے درمیان ربط پیدا کرتی ہیں۔ بڑی بڑی وسیط وریڈیں مندرجہ ذیل ہیں :-

(۱) سب سے بڑی وریڈ جو ہمیشہ پائی جاتی ہے علمی سوراخ (mastoid foramen) میں سے گذرتی ہے اور جانبی جوف (lateral sinus) کو موخرانی (posterior auricular) وریڈ یا کسی قذالی (occipital) وریڈ سے ملاتی ہے۔ (۲) ایک دوسری وریڈ فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کو جداری سوراخ (parietal foramen) کے راستہ سے چاندلی کی وریڈوں سے ملاتی ہے۔ (۳) ایک اور جانبی جوف (lateral sinus) کو موخر قذالی سوراخ (posterior condylar foramen) کے راستہ سے کمر اور گردن کی عینق وریڈوں سے ملاتی ہے (یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی)۔ (۴) چھوٹی چھوٹی وریڈیں بارہویں عصب کے ساتھ مقدم قذالی سوراخ (anterior condylar foramen) میں سے گذرتی ہیں اور قذالی جوف (occipital sinus) کو گردن کی عینق وریڈوں سے ملاتی ہیں۔ (۵) چھوٹی چھوٹی وریڈیں بیضوی سوراخ (foramen ovale)، سوراخ ویسلیس (foramen of Vesalius)، سوراخ وریڈ وسطی (foramen lacerum medium)، اور قنال سباتی (carotid canal) میں سے گذرتی ہیں اور کھنکی جوف (cavernous sinus)

کو (علی الترتیب) جلیجی وریدی صغیرہ (pterygoid venous plexus)، 'بلعوی صغیرہ (pharyngeal plexus) ' اور داخلی و داجی ورید (internal jugular veins) سے ملاتی ہیں۔

مزید برآں بہت سی چھوٹی چھوٹی وریدیں چاندلی کی وریدوں کو عظام مجملہ کے ڈپلوئی (diploe) کی وریدوں سے ملاتی ہیں۔ ڈپلوئی کی چار وریدوں میں سے دو (جہی اور مقدم صدغی) سطح کی وریدوں (فوق مجری اور عمیق صدغی) میں داخل ہو جاتی ہیں، اور باقی دو (منخر صدغی اور تغذالی) جانبی جوف میں کھلتی ہیں۔ اخیر میں ایک اور مشہور و معروف ربط باقی ہے جو خارجی اور داخلی مجی وریدی دورانات کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور یہ مجر کے اندرونی زاویہ پر وجہی ورید کے ابتدائی مقام سے عمل میں آتا ہے۔ اس ربط میں زاویہ (angular) اور فوق مجری (supra-orbital) وریدیں فوتانی چشمی (superior ophthalmic) ورید سے جو کفلی جوف (cavernous sinus) کی ایک معاون ہے متحد ہوتی ہیں۔ انہی کہفوں کے اندر کی اور اذن وسطی کی وریدیں بھی اس حسیہ (meninges) کی وریدوں سے ربط و راہ رکھتی ہیں۔ ان مختلف مجاری اور بہت سی ان وریدوں میں سے جو بہت ہی کم و نایاب ہوتی ہیں، التہابی اعمال کھوپری کی سطح پر سے اندر تک پھیل سکتے ہیں، چنانچہ چاندلی کے سرخ بادہ (erysipelas) اور اس کے انتشاری نتیجے اور مجموعی ندیوں کے تنخر اور اسی قسم کے دوسرے عوارض میں سرائت بعض اوقات عظام مجملہ کے متوسط طبقہ تک پھیل جاتی ہیں، یا اس سے التہاب سمایا (meningitis) یا وریدی جوفوں میں علقت پیدا ہو سکتی ہے۔ اگر وسیط وریدیں موجود نہ ہوں تو چاندلی کے تضررات اور امراض سے پیدا شدہ خطرہ نصف رہ جائے۔

بالائی لب اور ناک کے اطراف کے شب چراغوں (carbuncles) یا دوسری سرائتوں سے کفلی جوف کی سرائتی علقت کے پیدا ہونے کا خاص طور پر امکان ہوتا ہے۔ گاہے گاہے مرض کی سرائت وسیط ورید کے ذریعہ سے اندر کی طرف سے باہر کی طرف کو بھی پھیل جاتی ہے۔ ایرچسن (Erichsen) ایک مریض کے متعلق اطلاع دیتا ہے کہ اس میں ملی ورید کے راستہ سے علقت زدہ اور متبع جانبی جوف (lateral sinus) میں سے پیپ خارج ہوتی تھی اور اس سے ایک غنی خراج پیدا ہو گیا تھا۔

کھوپری پر بعض وریدی سلعات (venous tumours) بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ سلعات وریدی خون کے اجتماعات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو گرد و جھمکے کے نیچے ہوتے ہیں، اور کھوپری کے سوراخوں کے راستے سے فوتانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ ان کا محل وسطی ہوتا ہے اور دبانیہ پر یہ رجعت پذیر ہوتے ہیں۔ نیز ان میں ایک خفیف سانبھان بھی موجود ہوتا ہے جو دماغ سے آتا ہے۔ یہ سوراخ بعض اوقات حادثات کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اور ان میں سے بعض ہڈی کے مرض یا کسی جسم کی پھونی (Pacchionian body) پر ذبول واقع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور چند کسی ادوائی نمائوسیط ورید یا جھمکے کے کسی خلعتی نقص کی وجہ سے جو خاص طور پر جدری سوراخ (parietal foramen) کے نزدیک ہوتا ہے رونما ہوتے ہیں۔

تذالی اور موخر جدری خطہ جات کے عروق ملف تذالی اور علی غدد میں داخل ہوتے ہیں۔ اور یہاں سے ان خطہ جات کا ملف بائیں فوٹانی عمیق عنقی غدد (lateral superior deep cervical glands) میں جلا جاتا ہے۔ لہذا مرض نقصان الراس (pediculosis capitis) میں جس میں کہ طفیلیہ خاصہ تذالی حصہ کو سرائت زدہ کرتے ہیں، ان تمام غدد کے کلانی یافتہ ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ جبیں اور مفت دم جدری خطوں کے عروق ملف نکھنی غدد (parotid glands) میں جاتے ہیں۔ مگر جبیں خطہ کے بعض عروق وہی عروق ملف سے ملجاتے ہیں، اور زیربکی عند (submaxillary glands) میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں (دیکھو شکل ۵۵ صفحہ 288)۔

چاندلی کے بڑے بڑے اعصاب مندرجہ ذیل ہیں:-

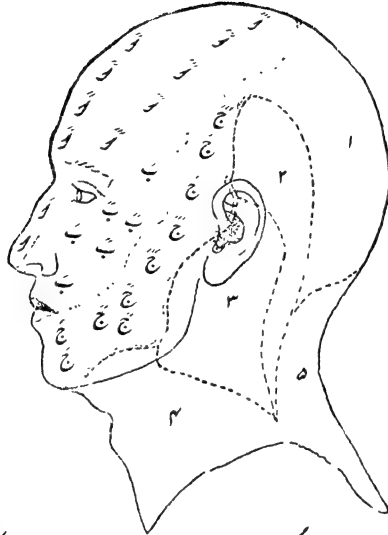
(۱) حرکی (motor)۔ (۲) وجہی (facial) عصب کی صغی (temporal) شائیں وجہ سے اوپر کی طرف کو جاتی ہیں، اور تذالی جبیں عضلہ (occipito-frontalis) کے پیٹے اور عضلہ محیط البقیہ (orbicularis palpebrarum) اور عضلہ جھمشہ ماجبہ (corrugator supercilii) کو رسد ہم ہنپاتی ہیں۔ (ب) وجہی عصب کی موخر اذینی شاخ علی زائدہ کے سامنے کی طرف پر سے گذر کر کان کے عین پیچھے سے اوپر کی طرف کو جاتی ہے اور اس کے ساتھ موخر اذینی شریان ہوتی ہے۔ یہ تذالی جبیں عضلہ (occipito-frontalis)

کے قذالی بیٹے کو رسد پہنچاتی ہے۔

(۲) حسی (sensory)۔ چہرہ اور چاندلی کی حسی رسد شکل ۲ میں دکھائی گئی ہے۔

11

کبیر قذالی (great occipital) عصب دوسرے عنقی عصب کی موخر ابتدائی قسمت



شکل ۲۔ چہرہ اور چاندلی کے عصبی رقبہ جات۔ ۱۔ پانچویں جمعی عصب کی پہلی قسمت کی تقسیم۔

۱۔ انفی شاخ۔ ۲۔ فوق البکری۔ ۳۔ فوق مجری۔

ب۔ دوسری قسمت کی تقسیم۔ ب۔ زیر مجری شاخ۔ ب۔ عاضی شاخ۔ ب۔

صدغی شاخ۔

ج۔ تیسری قسمت کی تقسیم۔ ج۔ ذقنی شاخ۔ ج۔ بوقی شاخ۔ ج۔ اذینی مدنی۔

۱۔ کبیر قذالی کارقبہ۔ ۲۔ صغیر قذالی کارقبہ۔ ۳۔ کبیر اذینی کارقبہ۔ ۴۔ سطحی عنقی

کارقبہ۔ ۵۔ تیسرے قذالی کارقبہ۔

سے، صغیر قذالی (small occipital) عصب دوسرے عنقی عصب کی مقدم ابتدائی قسمت

سے، کبیر اذینی (great auricular) عصب دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب سے،

اور تیسرا قذالی عصب تیسرے عنقی عصب کی موخر ابتدائی قسمت سے پیدا ہوتا ہے۔  
پانچویں عصب کی شاخوں میں اکثر شدید وجع العصب (neuralgia) پیدا  
ہو جاتا ہے۔ اور اس کا علاج اب زیادہ تر یا تو بذریعہ علیہ اور یا انکھل کے اشراب سے  
عقدہ گیر (Gasserian ganglion) میں مداخلت کرنے سے کیا جاتا ہے۔ اس کا ذکر  
اس باب میں کیا جائے گا جس میں چہرہ کا ذکر کیا گیا ہے (صفحات 137، 144)۔

### چاندلی کے زخم - چاندلی کی بافتوں کے بستہ اور تنیدہ ہونے اور

اسکے نیچے کھوپری کے موجودہ ہونے کی وجہ سے ایک دلچسپ جراحی اور طبی قانونی نکتہ پیدا ہوتا  
ہے کہ کسی کبند شے مثلاً گریڈنی یا پولیس کے سپاہی کے ڈنڈے سے ماری ہوئی ضرب سے  
ایسا چرا ہوا زخم پیدا ہو سکتا ہے جس کے دیکھنے سے یہ معلوم ہو کہ یہ کسی تیز آواز سے لٹا ہوا زخم ہے۔  
یہ حادثہ بزرگالہ کے چمڑے کے دستانوں کے پھیننے کے مشابہ ہے جبکہ ان پر ایسی حالت میں  
ضرب لگے جبکہ یہ ڈگیوں پر کھینچ کر تنے ہوئے ہوں۔

اگر زخم صرف جلد اور زیر جلدی بافت پر اثر انداز ہوا ہے تو اس کے لب ہرگز کشادہ  
نہیں ہوتے۔ لیکن اگر بڑھیکہ کٹ گیا ہو تو زیر بڑھیکہ طبقہ کے ڈھیلے پن اور عضلہ بڑھیکہ کے  
انقباض کی وجہ سے زخم کے کناروں کے دور تک علیحدہ ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر زخم  
عضلہ مذکور کے طویل محور سے مستعرض واقع ہوا ہو تو بولوں کی کشادگی کے خاص طور پر معتدبہ  
ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

جریان خون کے بکثرت واقع ہونے اور اسکے بند کرنے کے طریقہ پر بحث کی جا چکی  
ہے (صفحہ 7)۔ مزید برآں جس آسانی سے چاندلی کے زخم مندل ہوتے ہیں اس کا ذکر بھی  
کیا جا چکا ہے۔ چاندلی کے زخم کا علاج کرنے میں زخم کو صحت سے صاف کرنا اور بعد ازاں  
اسکے متعلق مکمل تحقیقات کرنا خاص طور پر ضروری ہوتا ہے۔ اور اس کے لئے اکثر معدم حس  
کی ضرورت ہوتی ہے۔ جن زخموں سے ہڈی معرا ہو جائے یا جو خطرناک زیر بڑھیکہ طبقہ میں  
کھل جائیں وہ صفحہ 4 پر دئے ہوئے اور مندرجہ ذیل وجوہ کی بنا پر خاص اہمیت رکھتے  
ہیں۔

چاندلی کے خطہ کے خراجات (۱) بڑھیکہ وتر عریض کے اوپر (۲) وتر عریض



اور گردِ ججمہ کے درمیان، اور (۳) گردِ ججمہ کے نیچے واقع ہو سکتے ہیں۔ محلِ اول میں جو خراج پیدا ہوتے ہیں وہ ہمیشہ چھوٹے اور نسبتاً قلیل الٰہمیت ہوتے ہیں۔ کیونکہ یہاں پر چاندلی کی بافت کی کثافت ایسی ہوتی ہے کہ تھقیق نہایت مشکل سے پھیل سکتا ہے۔ مگر دوسرے محل کا تھقیق (و ترعریض کے نیچے کی ڈھیلی بافت کا) بعض اوقات بہت خطرناک ثابت ہوتا ہے۔ جب پیپ و ترعریض اور گردِ ججمہ کے درمیان ایک دفعہ رستہ بنا لیتی ہے تو اس بافت کا ڈھیلہ پن خراج کے پھیلاؤ کے لئے ہر قسم کی سہولت پیش کرتا ہے۔ اس رقبہ کا تھقیق بعض اوقات تمام چاندلی کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ اور ایسی حالتوں میں جبکہ تھقیق شدید ہو جائے اور اس کا تدارک نہ کیا گیا ہو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ چاندلی خراج پر اس طرح واقع ہے جیسا کہ کسی قسم کے آبی بستر (water-bed) پر رکھی ہے۔ چونکہ چاندلی کے زخموں میں و ترعریض اکثر کٹ جاتا ہے، اور تضرر کے بعد تھقیق کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے، اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ان ضررات کے عظیم ترین خطروں کا دار و مدار اس قسم کے تھقیق کے اسی ڈھیلی اقصائی بافت کے رقبہ تک پھیل جانے پر ہوتا ہے۔ چاندلی کے زخم میں تھوڑی سی ہڈی کے معر ہو جانے کی اسکو نقصان پہنچنے کے لحاظ سے، اتنی اہمیت نہیں جتنی کہ چاندلی کا خطرناک رقبہ کھل جانے کی ہے کیونکہ و ترعریض یقینی طور پر کٹ جاتا ہے جب اس رقبہ میں تھقیق واقع ہو جاتا ہے تو اس کی تحدید صرف قذالی جبہی عضلہ (occipito-frontalis) اور اس کے و ترعریض کی چسپیدگیوں ہی سے ہوتی ہے۔ لہذا وہ زیر ترین مقامات جن پر سے پیپ خارج کیجا سکتی ہے اس خط پر واقع ہونگے جو سر کے گرد سنانے کی طرف سے ابروؤں پر سے شروع ہو کر و جنہ کے ذرا اوپر سے گزرتا ہو اعظم قذالی کے فوقانی مغنی خط پر ختم ہو جاتا ہے۔ اس حالت میں بھی جبکہ خراجات چاندلی کے خواہ کتنے ہی وسیع رقبہ کی بھی تخلیق کیوں نہ کر دیں، چاندلی تباہ نہیں ہوتی، کیونکہ جیسا کہ اوپر بیان ہو چکا ہے اسکی رسد خون اس کے ساتھ ہوتی ہے۔ چاندلی کا خراج اکثر بہت آہستہ آہستہ بند ہوتا ہے کیونکہ اس کی دیواروں کو زخمی عضلہ کی متواتر حرکت سے مکمل آرام نہیں ملتا۔

گردِ ججمہ کے نیچے جو خراجات واقع ہوتے ہیں وہ لازمی طور پر ایک ہڈی تک ہی محدود ہوتے ہیں۔ کیونکہ درزوں پر اس غشا کے اندر چلے جانے سے تھقیق زیادہ وسیع پیمانہ پر پھیل نہیں سکتا۔

چاندلی کے خطہ کے دموی سلعات (haematomata) یا سلعات خون

(blood tumours) انہی مقامات پر واقع ہوتے ہیں جن پر خراجات واقع ہوتے ہیں۔ خون کی وعابداری و ترعلیض پر لازمی طور پر محدود ہوتی ہے مگر انکے نیچے یہ بہت وسیع بھی ہوتی ہے۔ خوئی قسمت سے و ترعلیض اور گردِ ججمہ کے درمیان کی خلوی بافت میں بہت کم عروق خون ہوتے ہیں۔ لہذا اس بافت میں بڑی بڑی وعابداریاں قلیل الوقوع ہیں۔ گردِ ججمہ کے نیچے خون کی جو وعابداریاں واقع ہوتی ہیں انکو راسی دموی سلععات (cephalhaematomata) کے نام سے عام طور پر تعبیر کیا جاتا ہے۔ یہ لازمی طور پر ایک ہی ہڈی تک محدود ہوتے ہیں اور عموماً بوقتِ پیدائش سر پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ لہذا یہ ایک عظمِ جداری پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ اور یہ وہی ہڈی ہے جو دباؤ پڑنے کے لئے شاید سب سے زیادہ معرا ہے۔ لڑکوں میں ان کے کثرت سے پائے جانے کی وجہ یہ ہو سکتی ہے کہ زربہ جنین کا سر بڑا ہوتا ہے۔ زندگی کے ابتدائی حصہ میں ایسی وعابداریوں کو گردِ ججمہ کے ڈھیلے ہونے اور ماتحت ہڈیوں کے نرم اور کثیر العروق ہونے سے مدد ملتی ہے۔

# باب دوم

## ججمہ کی عظمی محسرابی جھیت

(THE BONY VAULT OF THE CRANIUM)

سختی اور لچک۔ جراحی نقطہ نگاہ سے جو لچکی کھوپری میں پائی جاتی ہے وہ عظمی کھوپری میں نہیں بلکہ اس کے مشمولات اور اس کے سوراخوں میں سے گزرنے والی ساختوں میں پائی جاتی ہے۔ اسکے کسر کی جیسا کہ باب اول میں ذکر کیا گیا ہے کچھ اہمیت نہ ہوتی اگر اس کے ساتھ دماغ، طبعی ساختوں، یا عصب بصری کو اس کثرت سے نقصان نہ پہنچتا۔ ایک مریض میں جو میرے (سی۔ سی چو اس) مشاہدہ میں آیا کھوپری کے قاعدہ کے کسور ہونے کی صرف یہی ایک واضح سریری امارت پائی جاتی تھی کہ اس کی ایک آنکھ میں عصبی فقدان بصارت موجود تھا۔ مریض کو اس وقت تک اس کا علم بھی نہیں تھا جب تک کہ اس امر کا مشاہدہ نہیں کر لیا گیا کہ اسکی اسی آنکھ کا حدقہ مثبت اور قسح ہے۔ اسکے بعد ایک امتحان سے ظاہر ہو گیا کہ اس آنکھ کی تمام بنیائی ضائع ہو چکی ہے، اور بصری ذبول موجود ہے۔ ایک اور مریض میں صرف یہی ایک امارت پائی جاتی تھی کہ طبعی غشا (tympanic membrane) میں ایک دریدگی موجود تھی جو اذنی منظار (aural speculum) سے دکھائی دیتی تھی۔ جریان خون سماخ تک نہیں پہنچا تھا۔ سکتہ کے زیادہ دیر تک رہنے سے مریض کا انتقال ہو گیا اور

لاش کا انمٹان کرنے پر کھوپری کے قاعدہ میں ایک عریض انشقاق پایا گیا۔

کھوپری کو استوار مند و قیچہ تصور نہ کرنا چاہئے۔ تمام عمر اس میں معتد بہ لچک موجود رہتی ہے۔ چوٹوں سے اس میں کافی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے، اور بعد ازاں پھر یہ اپنی اصلی شکل پر آ جاتی ہے۔ دماغ کو تضرر پہنچنے کی تو قیچہ جس میں کھوپری کا کسر واقع نہیں ہوتا اسی طرح کیجا سکتی ہے۔ زندگی میں کھوپری، دماغ، اغشیہ اور سیال سے بالکل پُر ہوتی ہے۔ بدشکلی پیدا کرنے والی چوٹ کا اثر یہ ہوتا ہے کہ یا تو دماغی بافت میں ایک میمن دریدگی پیدا ہو جاتی ہے، اور یا دماغی دوران خون میں ایک ایسا عارضی تغیر واقع ہو جاتا ہے جس سے پہلے عدم دمومیت اور بیہوشی پیدا ہو جاتی ہے اور بعد ازاں امتلا اور خراش پذیر ی ظاہر ہوتی ہے۔ غلب ہے کہ ارتجاج (concussion) کے مظاہر کی توجیہ انہی دورانی اختلالات سے ہوتی ہو۔

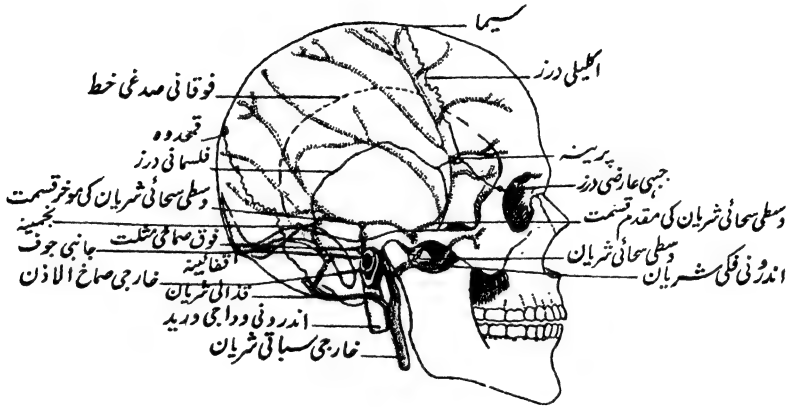
15

زمانہ طفولیت میں کھوپری میں بہت لچک پائی جاتی ہے۔ کیونکہ ہڈیاں خود نسبتاً نرم ہوتی ہیں اور ان میں باز جستگی کی طاقت موجود ہوتی ہے۔ لہذا کھوپری بعض اوقات مسن ہونے (ٹینگ پانگ گیند کے کسور) کے بعد بھی بعض اوقات سمیل سکتی ہے۔ زمانہ شیر خوارگی میں درزوں پر ہڈیوں کے حرکت پذیر ہونے اور بافت کی کشادگی کی وجہ سے بعض اوقات بہت بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ پیدائش کے دوران میں ہوتا ہے۔ اور جب بدشکلی پیدا کرنے والی طاقت کا اثر باقی نہیں رہتا تو کھوپری جلد ہی اپنی طبعی شکل پھر اختیار کر لیتی ہے۔ کم عمر بچہ میں کھوپری کے تغیر پذیر ہونے کے خاصہ کی توضیح سر کی اس انتہائی بدشکلی سے ہوتی ہے جو امریکہ کی بعض املی تو میں اپنے بچوں کے سر میں زمانہ شیر خوارگی میں اس کو پٹی سے کس کر باندھ دینے سے پیدا کر دیتی ہیں۔ رائل کالج آف سرجنز میوزیم (Royal College of Surgeons Museum) میں امریکہ کے اصلی باشندوں کی بہت سی پچیٹے سر کی کھوپریاں موجود ہیں جن سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ انکی مصنوعی بدشکلی کس انتہائی درجہ تک پہنچائی جاسکتی ہے۔

ساخت۔ کھوپری اندر اور باہر کے دو الواح اور ایک عروق وار طبقہ متوسطہ یعنی ڈپلوئی (diplœ) سے مرکب ہوتی ہے۔ بیرونی لوح سے گرد و خمور درزی خطوط پر منقسم ہوتا ہے اور اندرونی لوح سے جانیہ مضبوطی سے چپکا ہوتا ہے۔ اندرونی لوح بیرونی کی نسبت زیادہ باریک اور زیادہ پھونک ہوتی ہے۔

## درزوں کا محل وقوع - سیما (bregma) یا اگیلی اور سہمی درزوں

کا مقام اتصال اس خط پر واقع ہوتا ہے جو سر کے طبعی وضع پر ہونے کی حالت میں منفذ سمعی خارجی کے عین بائیں سے عموداً اوپر کی طرف کو کھینچا جائے (شکل ۳)۔  
 قحود (lambda) یعنی قحودی اور سہمی درزوں کا مقام اتصال قذالی ابھار



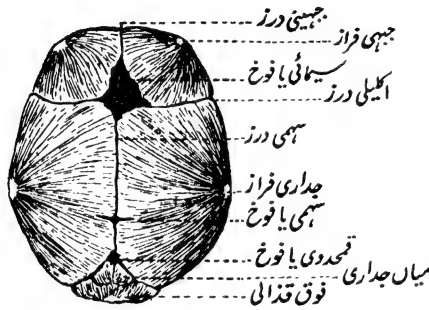
شکل ۳۔ وسطی سمائی عروق اور بائیں جوف کے ترکان کے لئے مقامات۔

(occipital protuberance) کے پچھلے اوپر خط وسطی میں واقع ہوتا ہے (شکل ۳)۔  
 قحودی درز (lambdoid suture) کو یہ خط ایک کافی حد تک ظاہر کرتا ہے جو قحود (lambda) سے زائدہ حلیہ کے راس تک دونوں طرف کھینچا جائے۔

اگیلی درز (coronal suture) اس خط پر واقع ہوتی ہے جو سیما (bregma) سے لیکر وجہی محراب (zygomatic arch) کے وسط تک کھینچا جائے۔ اس خط پر جبہ عاضی (fronto-malar) (جبہ وجہی: fronto-zygomatic) اتصال سے پچھلے اوپر کی طرف اور اسکے لیول سے پچھلے اوپر پر سینہ (pterion) ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جس پر

چار ہڈیاں ملتی ہیں۔ یعنی عظم صدغی کا فلسمان (squama) عظم وتدی (sphenoid) کا بڑا پر، عظام جمہی و جداری (شکل ۳) فلسمانی درز (squamous suture) کی چوٹی و جند سے مل جاتی ہیں۔

بعض درزوں اور بالخصوص قحوی درز (lambdoid suture) میں چھوٹی چھوٹی بڑے ڈھنگی ورمی (Wormian) یا ورمی ہڈیاں (sutural bones) چھنی ہوئی ہیں۔ اور بعض اوقات غلطی سے کسر سے پیدا شدہ ہڈی کے ٹکڑے تصور کر لی جاتی ہیں۔ چھلکے کی طرح



شکل ۳۔ نوزائیدہ بچہ کی کھوپڑی، اوپر سے۔

کی ایک درزی ہڈی ہوتی ہے جس کا نام بر پیرینی ہڈی (epipteric bone) ہے۔ اس کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے۔ کیونکہ بعض اوقات وسطی سحائی (middle meningeal) شریان پر ترخان کرتے وقت ملتی ہے۔ یہ عظم جداری کے مقدم زیرین زاویہ اور عظم وتدی کے بڑے پر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس سے یہ خیال پیدا ہو جاتا ہے کہ بڑے پر کی نوک ملحدہ ہو گئی ہے۔ سر جن کے لئے درزوں کے مملات وقوع اور انہی شکلوں کا علم ہونا ضروری ہے، تاکہ چاندلی کے زخم یا جمہی شعاع نگارش (radiogram) کا امتحان کرتے وقت کوئی درز غلطی سے کسر تصور نہ کر لی جائے۔

جمہینی درز (metopic suture) (شکل ۴) عمر کے ابتدائی حصہ میں، پانچویں

چھٹے سال کے قریب، ہند اور غائب ہو جاتی ہے مگر یہ کبھی کبھی سن بلوغ میں بھی برقرار رہتی ہے۔  
(یورپی کمپریوں کی تقریباً ۸ فی صدی تعداد میں)۔

فنیسی موضوع میں یا فوخت (fontanelles) کے تمام ثنائیات اور کمپری کے دیگر غیر متعظم حصے (شکل ۴) دو سال کی عمر سے پیشتر غائب ہو جاتے ہیں۔ مگر کت (rickets) اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) اور جمجمی تر قوی ناقص نچون عظم (cranio-cleido-dysostosis) میں یہ کسلے رہتے ہیں۔ جبھی یا مقدم یا فنیخ سب سے آخر میں بند ہوتا ہے۔ اور قدالی یا موضوع پیدائش کے وقت ہی بھرا ہوتا ہے۔

اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) میں بطنوں کا امتصاص عام طور پر جبھی یا فنیخ میں سے یا اسی کے قریب سے کیا جاتا ہے۔ سوئی یا تو یا فنیخ کے اطراف پر طوی جوف سے بچنے کے لئے خط وسطی سے کافی فاصلہ پر داخل کی جاتی ہے اور یا اکیلی درزیں سے اس کے نقطہ وسطی کے علاوہ کسی دوسرے مقام پر گزار دیا جاتا ہے۔ اشتقاقی دماغ (hydrocephalus) کے شدید واقعات میں مچراب کی اکیلی اور دوسری درزیں بہت کملی ہوتی ہیں۔

18

کمپری کی دبازت کمپری کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ اس اختلاف کے دوسرے اسباب، عمر، صنف، ذاتی شخصیت، نسل اور مرض ہیں۔ چنانچہ صدغی خطہ قدالی یا جبھی ہڈیوں یا زائیدہ حلیہ سے عام طور پر نیلا ہوتا ہے۔ زمانہ طفولیت اور پرانہ سالی میں سن بلوغ کی نسبت تمام کمپری زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ آدمیوں کی ہڈی محورقوں کی نسبت زیادہ بستہ اور زیادہ دبیز ہوتی ہے۔ آدمیوں میں فوق محوی فرازا اور قفائینہ (inion) عام طور پر زیادہ اچھی طرح سے نمایاں ہوتے ہیں۔ جشیوں کی کمپری نسبتاً موٹی ہوتی ہے۔ اور امریکہ کے بعض اصلی باشندوں میں ہڈی پتلی اور مچوٹک ہوتی ہے۔ ہزال جسمہ (craniotabes) اور پیرٹ کے کریب (Parrots' nodes) علی الترتیب کمپری کے مرض کی وجہ سے پتلا اور موٹا ہونے کی مثالیں ہیں۔ اوسط دبازت ۵ ملی میٹر (۱/۱۶ انچ) ہوتی ہے۔ اور یہ سحر کیا تھ ساتھ بدلتی رہتی ہے۔ پیدائش کے موقع پر عظم جداری ۱۱ ملی میٹر (۱/۱۶ انچ) سے ذرا زیادہ ہوتی ہے۔ تین سال کی عمر پر طبقہ متوسط پیدا ہوتا ہے اور کمپری کی بیرونی لوح اندرونی لوح سے ممیز ہو جاتی ہے۔ بوڑھے آدمیوں میں عظم جداری کی دبازت ۵ ملی میٹر سے لیکر ۱۰ ملی میٹر تک (۱/۱۶ تا ۲/۱۶ انچ) ہوتی ہے۔ کمپری کے سب سے زیادہ موٹے حصے قدالی ابھار (occipital

(protuberance) پر کل جہاں اسکی تراش ۱۲ یا ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے (زائدہ علیہ پر اور عظم جہی کے زیریں حصہ پر ہیں۔ زیریں قذالی حضروں (inferior occipital fossæ) اور محجر (orbit) پر بیڈی بہت پتلی ہوتی ہے۔ اور عظم فلسانی (squamous bone) پر سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے۔ یہاں یہ بعض جگہ دباؤت میں ملاقاتی کارڈ سے زیادہ نہیں ہوتی۔ اور لاشعاعوں کے فوٹوگراف میں یہ ایک نیم شفاف رقبہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ مزید برآں جوفوں (sinuses) اور ان میز ابوں پر جو وسطی سحائی (middle meningeal) عروق کے لئے ہوتے ہیں، ہڈی پتلی ہوتی ہے۔ عظم جداری کے مقدم سمتانی زاویہ پر یہ خاص طور پر پتلی ہوتی ہے۔ ترخان کرتے وقت یہ یاد رکھنا ضروری ہوتا ہے کہ اندرونی لوح ہمیشہ بیرونی لوح کے متوازی نہیں ہوتی۔

### جمعہ ہزال (craniotabes) ایک مرض ہے جس کو بعض کساحت

(rickets) سے اور بعض موروثی آتشک سے منسوب کرتے ہیں۔ اور یہ بالعموم عظم قذالی کے بالائی یا لوحی حصہ اور عظام جداری کے ہم پہلو حصوں اور بالخصوص انکے موخر سمتانی زایوں پر پایا جاتا ہے۔ ہڈی بعض مقامات پر بہت پتلی ہو جاتی ہے۔ اور اسلئے ماؤف حصہ جھلی کے کاغذ (parchment) یا کارتوس کے کاغذ کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ ہڈی زیادہ تر اندرونی لوح اور طبقہ متوسط کے صرف سے پتلی ہوتی ہے اور گڑھے ان نشانات پر واقع ہوتے ہیں جو ان تلافیف سے پیدا ہوتے ہیں جو پہلے پہل بنتی ہیں۔

### پیرٹ کے کریب (Parrot's nodes) - موروثی آتشک کے بعض مریضوں

میں یہ مسامدار ہڈی کے مدور ارتفاعات کی مانند دکھائے دیتے ہیں، اور مقدم یا فوخ کے قرب وجوار میں جہی اور جداری ہڈیوں پر واقع ہوتے ہیں۔ یہ کعابر (bosses) ایک صلیب نما نشیب سے ملحقہ ہوتے ہیں جو ایک طرف تو جہی اور سہمی درزوں سے اور دوسری طرف اکیلی درز سے بنتا ہے۔ ان کی مجموعی شکل کی وجہ سے گرم صلیبی بن کی مانند سر (hot-cross-bun head) کی اصطلاح کا استعمال کیا گیا ہے اور ایم پیرٹ (M. Parrot) انکو سرین نما (natiform) ارتفاعات کے نام سے موسوم کرتا ہے۔

### التهاب العظم تشوہی (osteitis deformans) میں کھوپری کی محراب کی



ہڈیوں میں معتدبہ عمومی وبازت پیدا ہو جاتی ہے۔ طبقہ متوسطہ اور الواح کے درمیان واضح امتیاز موجود نہیں رہتا۔ کھوپری زیادہ بڑی اور زیادہ گول ہو جاتی ہے۔ اور مدغی حفراست (temporal fossae) بھرے ہوئے معلوم ہوتے ہیں۔

بغلاف اس کے کبر الجوارح (acromegaly) میں کلانی خاصکر عضلی

چسپیدگیوں کے قریب واقع ہوتی ہے اور عضلی حیود زیادہ نمایاں ہو جاتے ہیں۔

**کھوپری کا نمو**۔ اگر مجموعی طور پر کہا جائے تو کھوپری کا قاعدہ غضروف

میں نمو پاتا ہے اور اس کا قبہ غشا میں جو حصے غشا میں بنتے ہیں وہ تکمیل یافتہ کھوپری میں مندرجہ ذیل ہوتے ہیں۔ جہی اور جداری ہڈیاں۔ مدغی ہڈی کا فلسفانی وجہ حصہ اور قذالی ہڈی کے لومی حصہ کا بیشتر رقبہ۔ ان دونوں حصوں کا درمیانی فرق بعض اوقات مرض میں بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ چنانچہ بعض ناقص النمو کم عمر شیربہروں کی کھوپریوں میں جو اب رائل کالج آف سرجنسر کے میوزیم (Museum of the Royal College of Surgeons) میں موجود ہیں، غشائی ہڈیوں میں معتدبہ مسامدار وبازت پائی جاتی ہے اور قاعدہ طبعی ہے۔ استسقاءے دماغ (hydrocephalus) میں صرف وہی ہڈیاں ضرورت سے زیادہ پھیل جاتی ہیں جو غشا سے بنی ہوئی ہیں۔ بخلاف اس کے عدم تکون غضروف (achondroplasia) میں قاعدی اور غضرونی ہڈیوں کی بالیدگی عجیب و غریب طور پر رک جاتی ہے۔ اور غشا سے بنے ہوئے عناصر میں کس قدر تعویضی بیش بالیدگی پائی جاتی ہے۔ عدم دماغی (anencephaly) میں کھوپری کا قاعدہ یعنی اس کا غضرونی حصہ کم و بیش مکمل طور پر نہیو یافتہ ہوتا ہے۔ اور غشائی ہڈیاں بالکل غائب ہوتی ہیں۔

**قیلہ دماغی** (meningocele) دماغی اغشیہ کا ایک خلقی بروز ہے جو

کسی ناقص النمو کھوپری کے رخنہ میں سے واقع ہوتا ہے۔ جب اس میں دماغ موجود نہ ہو تو یہ قیلہ دماغیہ (encephalocele) کہلاتا ہے۔ اور جب یہ خارج شدہ دماغ بطینوں میں سیال کے جمع ہونے سے متمدد ہو تو یہ استسقاءی قیلہ دماغیہ (hydrencephalocele) کہلاتا ہے۔ یہ بروزات عظم قذالی میں نہایت کثرت کے ساتھ پائے جاتے ہیں اور اسکے بعد

کثرت وقوع کے لحاظ سے جبہ عارضی (fronto-malar) درز کا نام آتا ہے۔ اور شاخ انداز حالتوں میں یہ محدودی، سہمی اور دوسری درزوں میں بھی دیکھے گئے ہیں نیز یہ کموپری کے قاعدہ کے طبعی اور غیر طبعی شقاقات (fissures) میں سے مجھاناک اور کان میں بھی نکل آئے ہیں۔ انکے عظم قذالی میں واقع ہونے کی کثرت کی توجہ اس ہڈی کے ٹوکا مطالعہ کرنے سے کیس قدر ہو جاتی ہے۔ یہ ہڈی پیدائش کے وقت چار علحدہ علحدہ حصوں پر مشتمل ہوتی ہے (شکل ۵) ایک قاعدی، دو قذالی، اور ایک لومی یا پھیلا ہوا حصہ۔ لومی حصہ میں جنینی زندگی کے ساتویں ہفتہ کے قریب چار نوات پیدا ہوتے ہیں۔ ایک بالائی اور ایک زیرین جوڑا۔ یہ نوات ایک دوسرے سے ان شقاقات کے ذریعہ سے



شکل ۵۔ عظم قذالی پیدائش کے وقت۔

21

کیس قدر الگ ہوتے ہیں جو چاروں زاویوں سے شروع ہوتے ہیں اور اندر کی طرف جا کر قذالی ابھار پر مل جاتے ہیں۔ وہ وقفہ جو سوراخ کبیر (foramen magnum) کے زیرین زاویہ سے شروع ہو کر قذالی ابھار تک خط وسطی میں جاتا ہے خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ [سٹن (Sutton) کا عارضی قذالی یا فوخ]۔ یہ درون رحمی زندگی کے تیسرے مہینہ سے شروع ہو کر چوتھے مہینہ کے اخیر تک موجود ہوتا ہے۔ قذال کے قیلہ جات سحائب (meningocoles) ہمیشہ خط وسطی پر

واقع ہوتے ہیں اور بروز غالباً اسی وقفہ میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ جو وقفہ قیلہ سحائب (meningocole) میں پایا جاتا ہے وہ بعض اوقات عظم قذالی کے تمام عمودی طول میں سے گذرتا ہے اور اکثر سوراخ کبیر (foramen magnum) میں کھل جاتا ہے۔ جانبی یا مستقیم شقاقات ہڈی کو دو حصوں میں تقسیم کر دیتے ہیں، جن میں سے بالائی حصہ غشا سے نمونپا تا ہے اور زیرین حصہ غضروف سے۔ جانبی شقاقات بعض اوقات برقرار رہتے ہیں اور کسور کے مشابہ دکھائی دیتے ہیں اور یہ درحقیقت خط وسطی سے بعض دفعہ کسور ہی تصور کر لئے گئے ہیں بعض نفاقا قاعدہ نادر الوقوع حالتوں میں یہ استدر مکمل ہوتے ہیں کہ عظم قذالی کے بلند ترین حصہ کو بقیہ ہڈی سے باکمل علحدہ کر دیتے ہیں۔

جدارى شقاقات (parietal fissures) جو عظم جدارى انوپارہی ہو

اس میں تعظم سے تعلق رکھنے والے ریشے ان دونوںات میں سے جو تقریباً مرکز پر واقع ہوتے ہیں محیط کیطرف نصف قطروں کی شکل میں جاتے ہیں تقریباً پانچویں مہینہ میں ایک بین ریشکی فضا جو دوسری فضاؤں سے بڑی ہوتی ہے ان چھدرے غلطی ریشوں کو جو سہمی کن رے کے موخر حصہ کے متصل واقع ہوتے ہیں ان مضبوط تر ریشوں سے علیحدہ کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے جن سے بقیہ کن رہ مرکب ہوتا ہے (پوزی: Pozzi) جداری شقاق (parietal fissure)۔ یہ بالعموم بند ہوجاتا ہے اور اسکا کوئی نشان باقی نہیں رہتا۔ مگر بعض اوقات اسکا کچھ حصہ ایک درز نما شقاق کی شکل میں باقی رہ جاتا ہے اور یہ غلطی سے کسر تصور کیا جاسکتا ہے۔ اگر طرفین پر ان انشقاقات کا مساوی حصہ برقرار رہے تو ایک منتظرل معین نما خلا باقی رہ جاتا ہے جو سہمی یا فوخ (sagittal fontanelle) کہلاتا ہے (شکل ۴)۔ یہ قحطدود (lambda) کے ایک انچ آگے واقع ہوتا ہے، اور نوزائیدہ بچوں میں سے ۴ فیصدی سے زائد میں پایا جاتا ہے (لی: Lea)۔ جداری سوراخ اسی وقفہ کے بقیہ حصص ہوتے ہیں۔

مجمعی محراب کی ہڈیوں کا تنخر (necrosis) نسبت سابق اب بہت قلیل الوقوع ہے۔ یہ بعض اوقات ایسی صغیتی درریش (gummatous infiltration) سے نتیجہ پیدا ہوجاتا ہے جس کا علاج نہ کیا گیا ہو اور جسکے ساتھ ریمز اعضویات کی سرائت بھی موجود ہو۔ اور بعض اوقات یہ جبھی جوفوں کی شدید سرائتوں کے بعد بھی پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ جبھی اور جداری ہڈیوں پر نہایت کثرت سے حمل آور ہوتا ہے۔ اور کچھ وجہ کی بنا پر جو ابھی زیادہ واضح نہیں ہو غظم قدالی میں یہ شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ خارجی لوح اکثر اکیلی ہی تنخر ہوجاتی ہے کیونکہ اسکو چوٹ پہنچنے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ اور نیز اسکی رسد خون اتنی کثیر نہیں ہوتی جتنی کہ اندرونی لوح کی ہوتی ہے۔ اکیلی اندرونی لوح کا تنخر نہایت ہی نادر الوقوع ہے۔ گاہے گاہے ایک وسیع رقبہ نیچے سے اوپر تک حمیں ہڈی کی تمام دبازت شامل ہوتی ہے ماؤف ہوجاتا ہے۔ کسوپری کے چھوٹے چھوٹے رقبوں کا تدریجی ذبول بہت ہی شاذ طور پر دیکھے میں آتا ہے۔ اور اس سے بعض اوقات ہڈی کا ایک قرص آہستہ آہستہ علیحدہ ہوجاتا ہے۔ اگر تنخر یا ذبول سے اندرونی لوح ماؤف ہوجائے تو بعض اوقات ایک زیر جانی خراج بن جاتا ہے جو دماغی ضغط کا باعث ہوتا ہے۔ جب ڈپلوئی (diplœ) متاثر ہوجاتا ہے تو اس میں وریدی علحیت یا تعیمی التهاب ورید پیدا ہوجانے کا امکان ہوتا ہے اور اس طرح جو ضرر شروع ہوجاتا ہے وہ بغیر وقت

پھیلاؤ شروع کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ علقہ سے بڑے بڑے درون دماغی جوف بند ہو جائیں یا غنوصی مادہ عمومی دوران خون میں چلا جائے اور اس سے تقیع الدم (pyæmia) پیدا ہو جائے۔ صرف مقامی انتشار ہی سے التهاب سمایہ پیدا ہو سکتا ہے۔ بیرونی لوح میں تغر و واقع ہونے کی صورت میں اریکی بافت کی بایلدگی جو معرا اور عروق دار ڈپلوئی (deplœ) پر واقع ہوتی ہے مردہ ہڈی کے ور فحہ کے انتشار میں مدد کرنے میں ایک بہت اہم فعل سرا خنام دیتی ہے۔

## عظمیٰ محرابی چھت پر عملیہ جابا

(OPERATIONS ON THE BONY VAULT)

**ترفان کرنا (trephining)** - یہ عملیہ علم الجراحت کا ایک قدیم ترین عملیہ ہے۔ ہمیں یہ معلوم ہو چکا ہے کہ فرانس میں چھ ہزار سال سے بھی کچھ عرصہ پہلے یہ عملیہ سرا خنام دیا جاتا تھا، کیونکہ اس زمانہ کی کھوپڑیوں سے یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ انہیں تر فان کا میابی سے کیا گیا تھا۔ فی زمانہ یہ عملیہ کھوپڑی میں ابتدائی دخل حاصل کرنے کے لئے کیا جاتا ہے۔ اور اسکے بعد سوراخ یا تو ہم پہلو ہڈی کے نیچے سے جافیہ علحدہ کر کے اسکو کلاب سے توڑ دینے اور یا عظمیٰ ترقیعی (osteoplastic) دامن طیار کر لینے سے زیادہ کثرت سے بنالیا جاتا ہے۔

**ترفان کرنے سے پہلے چاندلی کا جو دامن اٹھایا جاتا ہے اس کا قاعدہ**

نیچے سے عریض ہونا چاہئے۔ اور اسے عموماً اس طریقہ سے طیار کرنا چاہئے کہ اسمیں کم سے کم ایک بڑا شریانی تنہا موجود ہو۔ میری رائے (سی۔ سی۔ چوائس) میں قرین مصلحت یہی ہے کہ ایک ہی دفعہ ہڈی تک کاٹ دیا جائے اور تمام دامن کو ایک ہی تہ میں الٹا دیا جائے، نرف دامن کے قاعدہ کو باقیہ سے دبائے یا اسپر لکھدار پٹی باندھ دینے سے روک دیا جاتا ہے دامن کے اٹھائے جانیکے بعد عروق زیادہ آسانی سے کڑے جاسکتے ہیں اور یا اسکے قاعدہ پر کنگنجر لگا دیا جاتا ہے۔

کھوپڑی کا تر فان کرنے میں صحیح دیوار کے مختلف حصوں کی تقابلی موٹائی کا خیال رکھنا

چاہئے۔ اور فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کے قرب وجوار سے احتر از کرنا چلے گئے۔ آلہ ترخان کو کھوپری کی مختلف دبازت کے مطابق بنانے کے لئے ترخان کے پن کا بروز  $\frac{1}{4}$  انچ سے زائد نہ ہونا چاہئے۔ صدغی حفزہ (temporal fossa) میں دبازت ۲ سے ۵ ملی میٹر تک ( $\frac{1}{4}$  تا  $\frac{1}{2}$  انچ) ہوتی ہے۔ اور قبہ پر عظمی دیوار زیادہ موٹی ہوتی ہے اور ۵ تا ۱۰ ملی میٹر ( $\frac{1}{2}$  تا  $\frac{3}{4}$  انچ) کے درمیان ہوتی ہے۔ ان پچائشوں کا اطلاق متوسطہ کے بالغ شخص کے سر پر ہوتا ہے۔ جوانی اور سر کی جسامت اور شکل کی رعایت کا ضرور خیال رکھنا چاہئے۔

جن مختلف ساختوں تک پہنچنا مقصود ہوا انکو معرا کرنے کے لئے جن محلات پر ترخان کا سوراخ بنانا چاہئے انکی سطحی نشاندہی کے لئے بہت سے طریقے نکالے گئے ہیں مندرجہ ذیل مقامات آسانی سے یاد رکھ سکتے ہیں اور چاندلی کا دامن اٹھانے سے پہلے یا اسکے بعد جلد تلاش کئے جاسکتے ہیں۔

## سطحی سحائی (middle meningeal) شریبان کی مقدم شاخ

آسانی سے تلاش کی جاسکتی ہے اور پریمسہ (pterior) کے خطہ پر اسے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے۔ عظم جمہی کے خارجی زاویہ زائدہ کے  $\frac{1}{4}$  انچ پیچھے اور وجہ (zygoma) کے بالائی کونے کے  $\frac{1}{4}$  انچ اوپر سوراخ کرنے سے یہ عرق اس مقام پر معرا ہو جائے گا جہاں یہ عظم جداری کے پیش زیریں یا وندی زاویہ کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ یہاں یہ شریبان اپنی رفیق وریدوں کیساتھ ہڈی کے عمیق میزاب میں موجود ہوتی ہے۔ اور بعض اوقات میزاب کی جگہ قنال بھی ہوتی ہے۔ پریمسہ (pterior) کے خطہ پر ہڈی میں کسر واقع ہونے سے جو کہ یہاں پر نسبتاً باریک ہوتی ہے ان وریدوں کا پھٹنا تقریباً یقینی ہوتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ شریان بھی ساتھ ہی موقوف ہو جائے۔ اس سے زیر جانی نزف واقع ہو جاتا ہے جو دماغ کے ضغط پر منتج ہوتا ہے۔ پریمسہ (pterior) کی نشاندہی بھی یوں بیان کی جاسکتی ہے:- جبھی عسافنی (جبھی وجنی) درز کے کٹاؤ سے جسکا جس آسانی سے کیا جاسکتا ہے  $\frac{1}{4}$  انچ پیچھے (شکل ۲- صفحہ ۱۵) اور اس لائن سے  $\frac{1}{4}$  انچ اوپر جو اس کٹاؤ سے وجہ کے بالائی کونے کے متوازی پیچھے کیطرف کوکھینچی جائے یہ ہند سے آسانی سے یاد رکھے جاسکتے ہیں۔ اور نجمینہ (asterion) کے

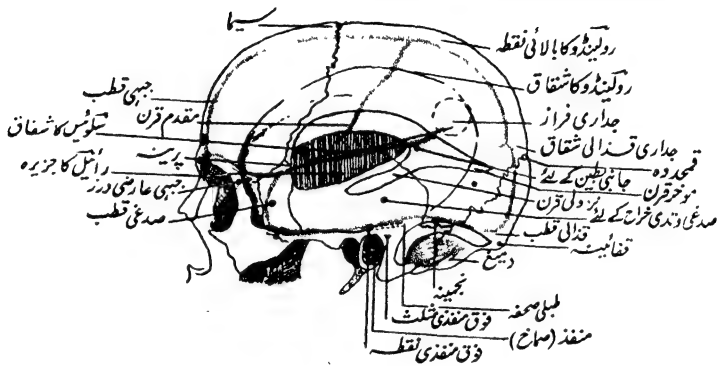
لئے جو ہند سے مقرر ہیں ان کے ساتھ ان کا موازنہ کیا جاسکتا ہے۔

واقعات کی اکثریت میں وسطی سحائی (middle meningeal) شریان کی موخر شاخ تک خارجی منفذ کے مرکز سے مین ایک اینج اوپر (منفذی نقطہ: meatal point پر) بذریعہ تُرفان سوراخ کرنے سے رسائی ہو سکتی ہے۔ مگر نجمینہ (asterion) کے خطہ پر یا عظم جداری کے پس زبرین زاویہ پر یعنی منفذی نقطہ سے ۱/۴ اینج پیچھے اور منفذی قناتی خطہ (meato-inion line) سے — جو منفذی نقطہ سے لیکر خارجی قذالی ابھار کے نمایاں ترین مقام تک کھینچا جاتا ہے — ۱/۴ اینج اوپر بھی اسے معر کیا جاسکتا ہے (شکل ۳)۔ اس مقام پر شریان مذکور کے تعریہ کا فائدہ یہ ہے (جو بعض اوقات نقصان میں بھی تبدیل ہو جاتا ہے) کہ اگر سوراخ کا قطر ۳/۴ اینج ہو تو یہ جانی جوف (lateral sinus) کو بھی معر کر دیکے اور اس سے اوپر کی طرف صدغی قندی (temporo-sphenoidal) لختہ تک اور نیچے کی طرف دینگ (cerebellum) تک رسائی حاصل ہو سکتی ہے۔

### صدغی و قندی لختہ (temporo-sphenoidal lobe) تک ان

نشانات میں سے جو وسطی سحائی شریان کی موخر شاخ کے لئے اوپر دئے گئے ہیں کسی ایک کے ذریعہ سے پہنچا جاسکتا ہے۔ اس عرق کو ام جافیہ میں شگاف دینے سے پیشتر دو ختوں کو اس کے نیچے سے گذار کر باندھ دیا جاتا ہے۔ لختہ کے اس حصہ میں عام طور پر صدغی و قندی خراج پایا جاتا ہے۔ اور یہ غلطی طبعی (tegmen tympani) کے اوپر واقع ہوتا ہے جو ہڈی کا ایک پتلا سا مصفہ ہے جس سے کہف طبعی (tympanic cavity) اور حلی مغارہ (mastoid antrum) کی چھت بنتی ہے۔ غطا (tegmen) کا لیول یوں ظاہر کیا جاسکتا ہے (شکل ۶) منفذ کے اوپر وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے کی سیدھ میں ایک نقطہ لے لیا جاتا ہے اور اس فوق منفذی نقطہ (suprameatal point) کو نجمینہ (asterion) سے چمکے متعلق یہ یاد ہوگا کہ یہ منفذی (meatal) نقطہ سے ۱/۴ اینج پیچھے اور ۱/۴ اینج اوپر ہوتا ہے، ملا دیا جاتا ہے۔ مذکورہ خط کا مقدم نصف غطا طبعی (tegmen tympani) کا متناظر ہوتا ہے۔ غطا (tegmen) کے لیول سے ایک اینج اوپر بذریعہ تُرفان فتح بنانے سے صدغی خراج تک

25 رسانی ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ لیکن بہت سے مریضوں میں سرجن اس امر کا خود تصفیہ کر سکتا ہے کہ آیا اہم قسم کا نراج حلی مغارہ (mastoid antrum) کے مرض سے ثانوی طور پر پیدا ہوا ہے یا نہیں۔ اور اگر ہوا ہے تو حلی عملیہ (mastoid operation) کے دوران میں اسے غلطے طبعی (tegmen tympani) میں سے ایک فتحہ لمبائے گا جبکہ اکثر اکی بافت کا ایک قطعہ موجود ہوتا ہے۔ وہ اس فتحہ کو اور بڑا کر سکتا ہے اور نراج کی مسلیت اسکی ساق اور مغارہ (antrum) میں سے کر سکتا ہے۔



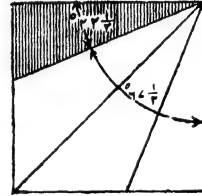
شکل ۶۔ جانبی بطینوں، الجزیرہ (insula) یعنی (جزیرہ رائیل) اور صدغی قطب (temporal pole) کو نلی ہر کرتی ہے۔

**جانبی جوف (lateral sinus) :-** اس جوف کا گنگنا (sigmoid) سرا

نجمیہ (asterion) پر واقع ہوتا ہے جسکے سطحی نشانات پہلے ہی بیان ہو چکے ہیں۔ اس کانزولی جارج صلیب (mastoid) کی کچھیلی طرف مرکزی صماخی نقطہ سے  $\frac{3}{4}$  انچ پیچھے تریڈ کے قاعدی خط (Reid's base line) پر آسانی معا کیا جاسکتا ہے (شکل ۱۳-صفحہ 49)۔ یہ خط ایک فرضی خط ہے جو مچھر کے فرش سے خارجی صماخ کے مرکزی نقطہ تک کھینچ کر پیچھے کی طرف کو بڑھا دیا جاتا ہے۔ یہ اکثر قفائیمہ (inion) پر سے گذرتا ہے لیکن اس پر سے اسکا گذرنا ضرور ہوتا ہے۔ بعض کمہریوں میں یہ اس نقطہ سے کی قدر اوپر یا نیچے رہتا ہے۔ جو مذکور کا افقی حصہ

ریڈ (Reid) کے قاعدی خط سے  $\frac{1}{4}$  انچ اوپر ہوتا ہے۔ دینغ (cerebellum) کو معرا کر نیکیا ایک طریقہ یہ ہے کہ ریڈ (Reid) کے قاعدی خط کے نیچے  $\frac{1}{4}$  انچ اور  $\frac{1}{4}$  انچ کے فاصلہ پر دو نقطے لیکر انکے درمیان ترخان کا سوراخ ایسے مقام پر بنایا جائے جو کھوپری کے نیچے کی طرف وسطی خط سے کافی دور ہو، تاکہ ترخان کے ذہانے قذالی جوف سے دور رہیں۔ اس مقام پر سلعات کو دو کرنے کے لئے بہت زیا دہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے اور بعد کے مراحل میں ایک یا دونوں طرف سے بہت زیادہ ہڈی دور کرنا پڑتی ہے۔ اور جب اس امر کا شبہ ہو کہ خراج آیا صدعی نعمتہ میں واقع ہے یا دینغ میں تو بھیننے (asterion) پر ترخان کرنا مناسب ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 24) جہاں فتحہ کو زیادہ وسیع کرنے سے جابجی جوف معرا کر لیا جاتا ہے۔

حرکی رقبہ (motor area) تک کھوپری کو



رولینڈو (Rolando) کے شتقاق کے عین سامنے سے کھولنے سے پہنچا جاتا ہے۔ اس شتقاق کی نشاندہی کا مناسب طریقہ یہ ہے کہ پہلے انفینہ (nasion) سے لے کر قفائینہ (inion) تک سر کی چوٹی کے عین وسط پر سے ایک رسی تان لی جائے اور اسکا نصف کر کے ان دونوں مقامات

شکل ۷۔ حرکی رقبہ میں سوراخ کرنا۔

کا وسطی نقطہ معلوم کر لیا جائے۔ اور پھر اس نقطہ سے  $\frac{1}{4}$  انچ نیچے سے ایک خط نیچے کی اور آگے کی طرف کو وسطی مستوی سے  $\frac{1}{4}$  درجہ کے زاویہ پر  $\frac{3}{4}$  انچ لمبا کھینچ دیا جائے، چونکہ کھوپری کی تراش دماغ کی تراش کی نسبت ایک زیادہ بڑے دائرہ کا حصہ ہوتی ہے، اسلئے اس کے اوپر کا  $\frac{3}{4}$  انچ فاصلہ شتقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کا متناظر ہوگا جو  $\frac{3}{4}$  انچ ہوتا ہے۔  $\frac{1}{4}$  درجہ کا زاویہ باسانی بنایا جاسکتا ہے کیونکہ یہ زاویہ قائمہ کا تین چوتھائی ہوتا ہے۔ لہذا اگر کسی قائم الزوایا کاغذ کے تختے یا ورق یا ٹین کے ٹکڑے یا کسی اور شے کی چارہیں لگادی جائیں اور پھر اسکا ایک چوتھائی کاٹ دیا جائے تو مطلوبہ زاویہ بنجاتا ہے جیسا کہ (شکل ۷) میں دکھایا گیا ہے۔ شتقاق رولینڈو (Rolandic fissure) کے نشانات کی سمت سرسری لہر پر یوں معلوم کی جاتی ہے کہ یہ دیکھ لیا جائے کہ یہ خط بڑھانے پر پیش آؤنی نقطہ سرسری لہر پر یوں معلوم کی جاتی ہے کہ یہ دیکھ لیا جائے کہ یہ خط بڑھانے پر پیش آؤنی نقطہ (pre-auricular point) تک پہنچ جاتا ہے۔ مذکورہ بالا ابعاد اوسط جسامت اور شکل کی



یورپی کھوپری پر استعمال کرنے کے لئے کافی حد تک صمغ ہیں۔

## 2۲ دماغی سلعہ کے لئے عملیہ جات کرنے میں یہ ظاہر ہے کہ عجبی نجات

کا محل مختص المقام علامات سے معلوم کیا جاتا ہے۔ سلعہ تک پہنچنے کے لئے تر فان کے نجات سے جو جگہ ملتی ہے اس سے زیادہ گنجائش کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس مقصد کے لئے تر فان کے فتحو کو ضرورت کے موافق ہڈی توڑ کر بڑا کیا جاسکتا ہے۔ اور رخنہ چھوڑ دیا جاتا ہے جو بعد میں مضبوط لیفی بافت سے پُر ہو جاتا ہے۔ یا ایک عظمی ترقیعی دامن بنایا جاسکتا ہے۔ پہلا طریقہ اکثر شہر المہینان منجملہ نجات ہوتا ہے مگر اس سے بعض اوقات بہت خراب علامات مثلاً آگے کی طرف جھکنے میں عدم توازن کا پاپا جانا پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور یہ علامت بعض اوقات استغریاں ہوتی ہے کہ عجبی رخنہ کو کھوپریوں یا کھسی اور جگہ سے عظمی پیوند لیکر پُر کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عظمی ترقیعی (osteoplastic) دامن بنانے کے لئے چاندلی کا ایک بڑا ساربان یا نصف دائرہ شکل کا دامن کاٹ لیا جاتا ہے جسکا قاعدہ نیچے کیلبرف کو ہوتا ہے۔ اور کونوں پر تر فان کے چار چھوٹے چھوٹے نجات بنائے جاتے ہیں۔ بُدردی اور جانبی اطراف پر جو ہڈی ہوتی ہے وہ کاٹ دی جاتی ہے اور اسکا طریقہ یہ ہے کہ تر فان کے ایک فتحو سے لے کر دوسرے فتحو تک جھجھ اور ام جافیہ کے درمیان سے ایک خم پُریر منہا (pliable director) گزارا جاتا ہے۔ اور کاٹنے والے کلاب (cutting forceps) سے یا ہیکلہ راک (flexible saw) کا استعمال اسکے میزاب میں کیا جاتا ہے۔ اسکے بعد عظمی مریج کی قریبی طرف کو زاویہ حادہ پر خمیدہ کرنے سے توڑ دیا جاتا ہے۔ اس طرح ایک ایسا دامن اٹھایا جاتا ہے جسکو رسد خوب پہنچتی ہے، اور اسکے اندر کیلبرف ہڈی ہوتی ہے جس میں خون کی رسد اچھی طرح سے موجود ہوتی ہے۔ اس ہڈی کو اس مقام پر پھر لگایا جاسکتا ہے۔

## کھوپری کے کسور۔ کم عمر شیرخوار بچہ کی کھوپری میں کسور واقع کرنا واقعی

آسان نہیں۔ اس عمر میں کھوپری بحیثیت مجموعی مکمل طور پر متعظم نہیں ہوتی۔ دریں عرض ہوتی ہیں۔ اور ہڈیوں کے درمیان بہت سا غضروف اور بہت سی عشتا موجود ہوتی ہے یہ مزید براں عمر کے ابتدائی حصہ میں ہڈیاں پیکدار ہوتی ہیں اور مقابلہ نرم اور دب جانے والی ہوتی ہیں۔

لہذا معمولی حالت میں ضرب لگنے سے کسر کی نسبت تسنین (indentation) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

بالفعل میں بھی کھوپری عام طور پر جتنی چھوٹکی تصور کی جاتی ہے اسکی نسبت یہ بہت کم چھوٹکی ہوتی ہے اور خشک شدہ نمونہ جات کے مطالعہ سے جو رائے قائم کی گئی ہے اس کے مخالفہ انگیز ہونے کا امکان ضرور ہے۔ بہت سے مصدقہ واقعات سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ یہ ممکن ہے کہ دوران حیات میں جمجمہی قہ میں سے تیز نوک والا اوزار گذرنے پر صرف سوراخ ہی بنے مگر ہڈی ریزہ ریزہ نہ ہو (لنڈن ہسپٹل میوزیم (London Hospital Museum)۔ مندرجہ ذیل تشریحی حالتیں کھوپری کی ضرب کے اثرات کو درجہ اقلیت تک پہنچا دیتی ہیں:- چاندنی کی بستگی اور اسکی بہت سی حرکت پذیری محراب سر کی گنبد نما ترتیب۔ ہڈیوں کی تعداد جن سے سر بنا ہوتا ہے۔ اور بہت سے قطعات میں ضرب کے منتشر ہونے کا رجحان۔ کسی مفروضہ قوت کے تسلسل میں درزوں کی مداخلت اور درزی غشا کی موجودگی جو ایک خطی حائلہ (linear buffer) کی طرح کام دیتی ہے۔ سر کی شوکہ پر حرکت پذیری۔ اور خود جمجمہی ہڈیوں کی لچک۔

28

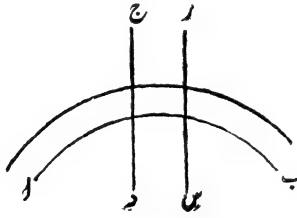
مزید برآں کھوپری کو چھ لپٹتوں یا ستونوں کی موجودگی سے بھی اور تقویت پہنچتی ہے جو گنبد اور قاعدہ کے مقام اتصال پر واقع ہیں۔ انہیں سے دو جانی ہیں۔ آگے کی طرف مجری قدامی (orbito-sphenoidal) اور پیچھے کی طرف مجری خلفی (petro-mastoid) اور دو دوجہی خلفی (fronto-nasal) اور قدامی (occipital) کھوپری کے مقدم اور موخر سروں کو تقویت دیتے ہیں۔

بچوں میں درزوں کے درمیان کی غشائی تہ بہت موٹی ہوتی ہے۔ مگر جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے یہ غشا غائب ہوتی جاتی ہے اور ہڈیاں آپس میں متحد ہوتی جاتی ہیں (اتحاد عظمیٰ: synostosis)۔ چالیس سال کی عمر کے قریب قریب درزیں بستہ ہونا شروع ہو جاتی ہیں۔ اس تغیر کی ابتدا درز کی اندرونی جانب سے ہوتی ہے۔ اور یہ پہلے سہمی (sagittal) درز پر ظاہر ہوتا ہے۔ اور پھر اگیلی (coronal) اور قدامی و لامبڈائیڈ (lambdoid) پڑ اور اخیر میں فلسمانی (squamous) درز پر۔ مزید برآں جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے کھوپری کی ہڈیاں اندرونی لوح پر ایک جماؤ کے فراہم ہونے سے جو دماغ کے

گھٹتے ہوئے حصہ کی جگہ لیتا ہے زیادہ موٹی ہوتی جاتی ہیں۔ لہذا ان ہڈیوں میں معمر اشخاص میں جوان اشخاص کی نسبت زیادہ آسانی سے کسور واقع ہو جاتا ہے۔

قاعدہ یہ ہے کہ کسر سے ہڈی کی تمام دبازت متاثر ہوتی ہے۔ مگر بعض اوقات کبیل بیرونی لوح ہی ٹوٹ جاتی ہے یا یہ ڈپلوئی (diploe) میں گھسکر صرف مخفض ہی ہو جاتی ہے، اور جبہی خطہ کے زیرین حصہ میں بیرونی لوح جبہی جوف میں گھس جاتی ہے۔ اندرونی لوح بھی بیرونی صفحہ میں تنافر کر موجود ہونے کے بغیر ٹوٹ سکتی ہے۔ اور مکمل کسر کے تقریباً تمام واقعات میں اور خاص کر انہیں جنہیں نشیب موجود ہوتا ہے اندرونی لوح میں بیرونی کی نسبت زیادہ وسیع

29

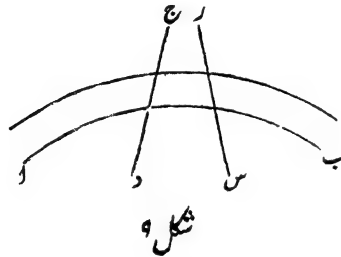


ن شکل ۸

شکست پائی جاتی ہے۔ اسکے بہت سے وجوہ ہیں۔ اندرونی صفحہ بیرونی صفحہ سے نہ صرف زیادہ موٹا ہی ہوتا ہے بلکہ مقابلہ تیر بہت زیادہ چھوٹک بھی ہوتا ہے اور اس لئے اس کا نام ”زجاجی طبقہ“ (vitreous table) رکھ دیا گیا ہے۔ اگر خارجی طبقہ پر نہایت ہی محدود قوت استعمال کی گئی ہو تو تلوار کے زخم کی طرح ضرر محدود ہوتا ہے۔ جب قوت ڈپلوئی (diploe) میں سے گزرتی ہے تو یہ پھیل جاتی ہے اور اندرونی لوح تک ضرب سے بہت منتشر ہو کر پہنچتی ہے۔ اور ایسا خاکسکران حالتوں میں ہوتا ہے جب بیرونی طبقہ اندر کی طرف گھس جائے۔ مزید برآں اندرونی لوح بیرونی لوح کی نسبت زیادہ چھوٹے خم کا حصہ ہے اور اخیر میں ایگنیو (Agnew) اندرونی لوح کے زیادہ جراحت پذیر ہونے کی ایک وجہ بیان کرتا ہے جو ہڈی کے عمومی طور پر دبنے سے تعلق رکھتی ہے۔ شکل ۸ میں اب سر کی محراب کے

ایک حصہ کی تراش کو ظاہر کرتا ہے، جو دونوں الواح میں سے گذرتی ہے۔ اور ج ۱ اور ج ۲ میں دو انتصابی اور متوازی خطوط ہیں۔ اب اگر محراب پر ان متوازی خطوں کے درمیان قوت لگائی جائے تو قوس ۱ ب کے سروں کا رجحان ایک دوسرے سے دور ہٹنے کی طرف ہوگا اور تمام قوس دیکر اس خم کی شکل اختیار کر لے گی جو شکل ۹ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اسی حالت میں ج ۱۵ اور ۱۶ میں خط ۱ اور ۲ کی طرف مستند ہو جائیں گے اور نیچے کی طرف منفرج (شکل ۹) اسلئے ضرب سے ہڈی کے اجزا خارجی طبقہ میں تو اکٹھے ہو جانے کی طرف اور داخلی طبقہ میں منتشر ہو جانے کی طرف مائل ہونگے۔

**محراب کے کسور بلا واسطہ ضرب سے واقع ہوتے ہیں۔ کھوپری کی بناوٹ**



ایسی ہے کہ کسور پیدا کرنے والی قوت کی مدافعت کئی طریقوں سے ہوتی ہے۔ (۱) جب ضرب جدا رسی خط میں سر کی چوٹی پر لگتی ہے تو اسکی قوت کا رجحان دونوں جداری ہڈیوں کے بالائی کناروں کو اندر کی جانب دھکیلنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور اسکے ساتھ ہی زیرین کناروں کا باہر کی طرف کو حرکت کرنا لازمی ہوتا ہے۔ موصوفہ ذکر حرکت کی مدافعت عظم فلسفانی اور عظم قدری کا جملہ کبیر جو عظم جداری کی زیرین کور پر مرکب ہوتے ہیں بڑی شدت کے کرتے ہیں مزید برآں عظم فلسفانی تک جو قوت پہنچتی ہے وہ وجہی قوس تک منتقل ہو جاتی ہے جسکو فک اعلیٰ کی ہڈی اور عظم جہمی سہارا دیتی ہیں۔ یہ قوس اس حالت میں دوسرے مدافع پشیمان کا کام دیتی ہے اور قوت کے اس انتقال کی وضاحت جو سر کی چوٹی سے لیکر جہمی ہڈیوں تک عمل میں آتا ہے اس امر سے ہوتی ہے کہ سر پر ضربات کے لگنے کے بعد درد اکثر چہرہ میں بھی محسوس ہوتا ہے۔

(۲) اگر ضرب عظم جہمی کے بالائی حصہ پر لگے تو قوت فوراً جداری ہڈیوں تک منتقل ہو جاتی ہے،

کیونکہ عظم جبہ کا بالائی حصہ (اس طریقہ کی وجہ سے جس سے اسکا کنارہ اسلامی وار ہے) حقیقت میں دونوں جداری ہڈیوں پر واقع ہوتا ہے، لہذا وہی مدافعت پھر عمل پیرا ہوتی ہے۔ اگر اس ہڈی کے زیرین حصوں میں باہر کی جانب نکل جانے کی طرف کوئی میلان ہو، اور وہ اسوقت یقیناً موجو بھی ہوتا ہے جبکہ وسطی جبہ (mid-frontal) درز برقرار ہو تو ایسی حرکت کو عظم وتدی کا جاح کبیر اور عظام جداری کے پیش زیدین زاوے جو جبہ کے ان حصوں سے متحد یا انپر متراکب ہوتے ہیں، مزاحم آتے ہیں۔ لہذا اس سے بظاہر ہو گیا ہوگا کہ جس طرز سے جبہ اور جداری ہڈیوں کی متناظر کوریس اسلامی دار ہوں اس پر بہت کچھ منحصر ہوتا ہے۔ (۳) قذال (occiput) پر کی ضرب کی مدافعت کا زیادہ سامان موجود نہیں۔ اور یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ اگر آدمی زور سے بھی نہ گریے تو اتنا صدمہ ہی ہڈی کو توڑ دینے کیلئے کافی ہوتا ہے، لہذا اسکی محافظت کی زیادہ ضرورت ہو۔ گریہ و زوں جداری اور صدغی ہڈیوں سے متعلق رکھنے اور لچکدار فٹری عمود سے متحد ہو چکی وجہ سے ایک بڑی حد تک محفوظ ہے۔

31

**کھوپری کے قاعدہ کے کسور (۱) بلا واسطہ یا (۲) بالواسطہ ضرب سے**  
 یا جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے (۳) محراب کے کسر کی توسیع سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۱) اجسام غریبہ کے انفی یا محجری حصت میں سے، یا کھوپری کے قاعدہ کے اُس حصہ میں سے جو بلعوم میں پایا جاتا ہے، گھسنے پر آنکی بلا واسطہ ضرب سے قاعدہ کا کسر واقع ہو چکا ہے۔ موخر حصہ میں گردن کی گڈی پر ضرب لگانے سے کسر واقع ہو جاتا ہے۔ (۲) بلا واسطہ ضرب سے جو کسر واقع ہوتے ہیں انکی مندرجہ ذیل مثالیں دی جا سکتی ہیں :- عظم جبہ کے حصہ زیرین پر جو ضربیں لگتی ہیں انیس غرابلین صفہ (cribriform plate) کے یا عظم جبہ کے محجری حصہ کے کسر کے علاوہ اور کوئی ضرر نہیں پایا جاتا کیونکہ ان حصوں کے نہایت ہی باریک ہونے کی وجہ سے ان میں کسر کا زیادہ امکان موجود ہوتا ہے۔ کھوپری کے قاعدہ کے کسر کے ۸۶ مریضوں میں محجری سقف ۹، میں بصری سوراخ ۶۳ میں ۱۰ اور غرابلین صفہ جات تقریباً تمام میں متاثر پائے گئے (رائلنگ : Rawling)۔ ٹھڈی پر گرنے سے وقتی کہفہ (glenoid cavity) فک اسفل کے تبدال سے اتنے زور سے دب گیا ہے کہ کھوپری کے وسطی حفرہ میں کسر واقع ہو گیا ہے۔ ٹھڈی کے سرے پر فیصلہ کن گھونٹے کی ضرب لگنے سے کھوپری میں کسر واقع ہونے کے بغیر ہی ارتجاج دماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ جب جسم زمین پر پاؤں یا گھٹنوں یا چوڑوں کے بل گرا ہے تو قوت نے ستون فٹری

میں سے منتقل ہو کر قذالی خطہ میں کھوپری کے قاعدہ کا کسور واقع کر دیا ہے۔ ایسے حادثات کے ظہور پذیر ہونے کا امکان سب سے زیادہ اس وقت ہوتا ہے جبکہ عمود فقری کو عضلی فعل سے استوار رکھا جائے اس حالت میں جو میکانیہ بروئے کار آتا ہے وہ بعینہ وہی ہوتا ہے جس سے جھاڑو کا سر لکڑی کے سرے کو زمین پر مارنے سے جھاڑو کے دسٹہ میں زیادہ مضبوطی سے ٹھنسن جاتا ہے۔ یہ نظریہ کہ کھوپری کے قاعدہ میں اکثر ضرب مقابل سے کسور واقع ہو جاتا ہے اب عام طور پر ایک کافی حد تک ترک کیا جا چکا ہے، اگرچہ بعض حالتیں ایسی بھی ہیں جن سے اس نظریہ کی بظاہر تائید بھی ہوتی ہے۔ اس قسم کے ایک واقعہ کا اندراج سر جے ہچنسن (Sir J. Hutchinson) نے کیا ہے۔ اس میں عظم قذالی کے کسر کے ساتھ ہی غربالین صفحہ (cribriform plate) کا کسر بھی پایا گیا تھا اور کھوپری کے درمیانی حصہ میں کوئی ضرر موجود نہیں تھا۔ (۳) محراب کے کسور کے اور خاص کر ان خطی کسور کے جو منتشر ضرب سے واقع ہوئے ہوں جیسا کہ سر کے بل گرنے میں ہوتا ہے، قاعدہ تک پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اس طرح منتشر ہونے میں یہ قاعدہ تک راستہ کی درزوں اور ہڈیوں کی بستی کا لحاظ کئے بغیر چھوٹے سے چھوٹے راستے سے پہنچتے ہیں۔ چنانچہ گنبد کے جہی خطہ کے کسور قاعدہ کے مقدم حفرہ تک اور جسداری خطہ کے وسطی حفرہ تک، اور قذالی خطہ کے موخر حفرہ تک پھیل جاتے ہیں۔ چند حالتیں اس قاعدہ سے متعلقہ بھی ہیں۔ جو معین ہڈیاں ان تین خطوں میں متاثر ہوتی ہیں، ان کا زیادہ صحیح بیان دینے کے لئے بی ہیوٹ (P. Hawett) نے کھوپری کو تین منطقوں میں تقسیم کیا ہے۔ مقدم منطقہ میں جہی اور مصفاقی (ethmoid) کا بالائی حصہ، اور جہی وندی، اور وسطی منطقہ میں عظام جسداری اور عظام صدغی کے فلسفانی اور انکے جھری حصہ کے مقدم حصے اور قاعدی وندی کا بیشتر حصہ اور موخر منطقہ میں قذالی، علیہ اور عظم جھری کا موخر حصہ، اور وندی کا تھوڑا سا حصہ شامل ہیں۔

قاعدہ کے کسور میں بالعموم خون اور دماغی نخاعی سیال باہر نکل آتا ہے۔ (۱) مقدم حفرہ کے کسور میں خون بالعموم ناک میں سے خارج ہوتا ہے اور یہ سحائی اور مصفاقی (ethmoidal) شریانوں میں سے آتا ہے، یا اسکا زیادہ حصہ غالباً انفی سقف کے دریدہ مخاطی استر میں سے نکلتا ہے۔ ناک میں سے دماغی نخاعی سیال بہنے کے لئے انفی سقف میں کسور واقع ہونے کے علاوہ اسکے نیچے کی غنائی مخاطی میں اور ششی (olfactory) اعصاب کے

33

خلاؤں میں جوام جافیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) سے حاصل ہوتے ہیں دریدگی کا موجود ہونا ضروری ہے۔ دماغی نخاعی سیال کا مغرط اخراج انفی فشنائے مغالی میں سے ضرر کی موجودگی کے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اور یہ غالباً شیمی (olfactory) اعصاب کے خلاؤں کے ساتھ ساتھ عمل میں آتا ہے اور اسکا سبب یا تو اسکے انخذاب کی کمی اور یا اسکے افراز کی زیادتی ہوتی ہے۔ جبہ خط کے کسر کی بہت سی حالتوں میں خون مجھ میں چلا آتا ہے اور طمخہ کے نیچے آکر نظا ہر ہوتا ہے۔ (۲) جب وسطی حفرہ ماؤف ہو تو خون غنائے طیلی کی دریدگی سے گزر کر خارجی منفذ میں سے باہر نکلتا ہے اور یہ یا تو طبل (tympanum) اور اسکی غشا کے عروق یا درون ججی و عابدری سے آتا ہے۔ اور بعض حالتوں میں یہ کہنکی یا مجری جوفوں کے انشقاقت سے آتا ہے۔ بعض اوقات خون یو سٹیکین نلیوں (Eustachian tubes) میں چلا جاتا ہے اور یہ یا تو ناک یا منہ سے نکل آتا ہے اور یا نکلا جاتا ہے اور بعد میں تے سے باہر آ جاتا ہے۔ کان میں سے دماغی نخاعی سیال کے بہنے (مصلی اخراج کے لئے) (۱) یہ فوری ہے کہ کسر داخلی منفذ میں سے گذرتا ہو۔ (ج) اس منفذ میں غنائے مغالی کی جوائنبی اطالت موجود ہوتی ہے وہ پھٹ گئی ہو۔ (ج) باطنی اذن اور طبل میں رابطہ موجود ہو۔ اور (د) غنائے طیلی دریدہ ہو گئی ہو۔ (۳) موضحر حفرہ کے کسور میں خون کی درریش یا تو صلی زائده کے گرد و نواح میں ظہور پذیر ہوتی ہے اور یا گردن کی گدی پر۔ اور بعض اوقات یہ عینی خط کے اندر تک بھی چلی جاتی ہے۔

مزید برآں گنبد کے مرکب کسور میں جنہیں ام جافیہ اور عنکبوتیہ (arachnoid) پھٹ گیا ہو بعض شاذ ذشا مثالوں میں دماغی نخاعی سیال باہر نکلتا ہوا دیکھا گیا ہے بعض اوقات بچوں میں گنبد کے سادہ کسر کے بعد ضرر رسیدہ حصہ پر ایک ورم نہ جاتا ہے جس میں توج پایا جاتا ہے۔ بچہ کے چلانے پر یہ ورم زیادہ تنیدہ ہو جاتا ہے اور مکن ہے کہ دماغ کے ساتھ اس میں بھی مزاج نہ جاتا ہو۔ موجود ہو۔ کہا جاتا ہے کہ یہ اور ام نیم شفاف ہوتے ہیں۔ اور یہ چاندنی کے نیچے دماغی نخاعی سیال کے جمع ہونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اغشیہ دماغ کے معاصر انشقاق کی لطف اشارہ کرتے ہیں۔ انکو اکثر ضروری دماغی مائی قیلوں (traumatic cephalhydroceles) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔

34

درزوں کی علحدگی (separation of sutures)۔ یہ حالت جہاں تک

اس کے چوٹ سے نتیجتاً پیدا ہونے کا تعلق ہے تقریباً بچوں ہی کی کھوپری تک محدود ہے۔ بڑی عمر میں اگر کسی مدود درز پر قوت کا استعمال کیا جائے تو اس سے ایسا کسر پیدا ہو سکتا ہے جو پرانے درزی خط پر ٹھیک ٹھیک واقع ہوتا ہے۔ بالٹوں کی کھوپری میں کسر سے بلا تعلق درزوں کی علحدگی بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ اس حالت کی چند مثالوں میں عظم صدغی بالعموم اپنی جگہ سے ہٹ جاتی ہے، اور یہ علحدگی فلسفانی درز پر دیکھی جاتی ہے۔ جب مذکورہ علحدگی کسور کے ساتھ واقع ہوتی ہے تو یہ سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ اکللی اور سہمی درزوں میں ظہور پذیر ہوتی ہے۔ قحطوی درز کا نام کثرت وقوع کے لحاظ سے انکے بعد آتا ہے۔

**وجہ (zygoma)** بلا واسطہ یا بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتا ہے۔ موخر الذکر حالت میں ضرب ایسی ہوتی ہے کہ اسکا رجحان فک اعلیٰ یا عظم العارض (malar bone) کو پیچھے کو دھکیل دینے کی طرف ہوتا ہے۔ جب یہ بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتا ہے تو اس کا ایک ٹکڑا بعض اوقات صدغی عضلہ میں گھس جاتا ہے۔ اور جڑا ہلانے پر بہت درد ہوتا ہے۔ معمولی حالتوں میں غیر وضعیت موجود نہیں ہوتی، اور اگر ہوتی بھی ہے تو بہت کم، کیونکہ اوپر تو ان دونوں ٹکڑوں کے ساتھ صدغی ردا چسپیدہ ہوتی ہے اور نیچے عضلہ منصفیہ (masseter) چسپیدہ ہوتا ہے۔ وجہ عمیق حصوں کے محل وقوع کے لئے ایک نہایت مفید رہنما کام دیتا ہے۔ اسکے بالائی کنارے کا موخر تین چوتھائی حصہ کھوپری کے وسطیٰ حفرہ کے فرش کا تناسل ہے۔ اور یہ دماغ کے صدغی لنتہ کے (جو اس حفرہ میں واقع ہوتا ہے) زیرین کنارے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۶)۔ اس کا منضلی درنہ (articular tubercle) جو اسکی جڑ کے نزدیک بہت واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے، اس مقام کی نشاندہی کرتا ہے جس پر وسطیٰ سمائی شریان کھوپری کے قاعدہ کو شوکی سورخ (foramen spinosum) پر منتقل کرتی ہے (شکل ۳)۔ نیز نیم قمری (semilunar) یا گیسری عقدہ (Gasserian ganglion) کے محل کو ظاہر کرتا ہے (شکل ۳۵ صفحہ ۱۴۵)۔ وجہ درنہ (zygomatice tubercle) (بعد وقبی شوکر : postglenoid spine) جو چانوی حفرہ (mandibular fossa) کی موضوعہ قائم کرتا ہے، قتال سباتی (carotid canal) کے عین اوپر واقع ہوتا ہے (ایس۔ سکاٹ: S. Scott)۔



## صدغی خطہ کا امتحان لاشعاعوں کے ذریعہ سے۔ بعض

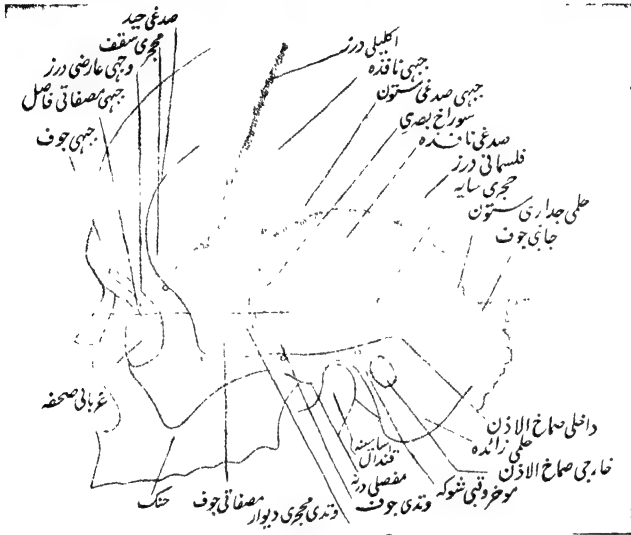
دروں جمعی ساختوں کی، جو گہری واقع ہوں، حالت کا انکشاف کر نیکے لئے کمپری کے صدغی خطہ کا امتحان کرنا اکثر ضروری ہوتا ہے۔ ان ساختوں کا مکمل وقوع معلوم کر نیکے لئے بعض ایسے سطحی نقاط پر جو باسانی مل سکیں سبسہ کی گولی سے نشان لگانا ضروری ہوتا ہے، تاکہ وہ بطور رہنما کے کام دیں۔ سب سے زیادہ مناسب و معتبر ترین نقاط وہ ہیں جو کل۔ اس میں ظاہر کئے گئے ہیں اور وہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (جبہ عارضی) (fronto-malar) (جبہ عارضی) (fronto-zygomatic) کٹاؤ۔

35

ب۔ عارضی زاویہ (malar angle)۔ دیش منغذی نقطہ (premental point) جو وجہ (zygoma) کی جوڑ پر منغذ کے سامنے کی طرف چانوی (وقبی) (glenoid) حفرہ کے پیچھے اور پس چانوی (پس وقبی) (postglenoid) شوک کے عین اوپر ہے۔ ج۔ ایک نقطہ جو وجہ کے بالائی کنارہ پر ب۔ اور د کے وسط میں واقع ہے (وسطی وجہی نقطہ) (mid-zygomatic point)۔ ان نقطوں پر کمپری کے دونوں طرف نشان لگانا چاہئیں اور جب کمپری کو ایک جانب سے دیکھا جائے تو متناظر نقاط کو ایک دوسرے سے منطبق ہونا چاہئے۔ اس طرح سے امتحان کرنے پر جو خطہ صدغی عضلات سے پوشیدہ ہوتا ہے، وہ انکے نیچے کی ہڈیوں کے پتلا ہونے کی وجہ سے متور ہو جاتا ہے۔ متور رقبہ ہڈی کے جبہ صدغی استون (fronto-temporal pillar) کے ذریعہ سے جس کے ساتھ ساتھ وسطی سمائی عروق آتے ہیں، اور جو دماغ کے جبہ اور صدغی لمٹوں کی درمیانی حد کی نشاندہی کرتا ہے، ایک مقدم یا جبہ درسیہ (frontal fenestra)، اور مونریا صدغی درسیہ (temporal fenestra) (شکل ۱۰) میں تقسیم ہوتا ہے۔ جس مقام پر سمائی زرف کے لئے عام طور پر زرف لیا جاتا ہے، یعنی جبہ عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے ۱/۴ انچ پیچھے اور ۱/۴ انچ اوپر، اس پر جبہ صدغی استون کا سایہ دو حصوں میں تقسیم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ ان میں سے ایک مقدم افقی شاخ ہے جو مجر کی سقف کی متناظر ہوتی ہے اور جبہ عارضی کٹاؤ کے ۱/۴ انچ اوپر واقع ہوتی ہے، اور ایک نزولی شاخ ہے جو وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے تک نقطہ ج یعنی وسط وجہی نقطہ (midzygomatic point) کے سامنے پہنچتی ہے۔ نزولی شاخ وسطی جمعی حفرہ کی مقدم دیوار یعنی وقبی مجری فاصل کو ظاہر کرتی ہے۔ اور عظیم عارضی کے صدغی کنارے کے پیچھے سے اس سے ۱/۴ انچ کے فاصلہ پر نیچے کو آتی ہے۔ اسلئے اس سے یہ ظاہر

ہوگا کہ پیچھے کی طرف وندی مجبوری فاسل، اور آگے کی طرف عظم عارضی کے صدغی کنارے اور اوپر کی طرف مجبوری سقف کے سایہ، اور نیچے کی طرف وجہ کے بالائی کنارے کے درمیان ایک بہت واضح پس عارضی رقبہ (retromalar area) ہوتا ہے جس میں وسطی اور موخر مصغاتی خلیات موجود ہوتے ہیں اس قبہ میں سے جبھی عارضی کٹاؤ (fronto-malar notch) کے

36



شکل ۱۔ وہ ساختیں دکھائی گئی ہیں جو کمپری کا لاشعاعوں سے جانبی امتحان کرنے پر صدغی خط میں نظر آتی ہیں۔

نیچے سے دو خط پیچھے سے آگے کی طرف کو گزرتے ہیں۔ انہیں سے زیرین غریبانی صفحہ (cribriform plate) کے لیول کا تناظر ہوتا ہے اور بالائی مصغاتی کے جانبی تودہ اور جبھی پڑی کے مجبوری صفحہ کے مقام اتصال کا۔ پس عارضی (retromalar) رقبہ کی زیرین حد پر وندی فکی (spheno-maxillary) (جنینی حنکی: pterygo-palatine: حفزہ، وندی فکی شقاق، وندی حنکی عقدہ اور زیر مجبوری (infra-orbital) عصب کا ابتدائی حصہ واقع ہوتے ہیں۔

صدغی دریچہ (temporal fenestra) کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ اہم ترین ساختیں دکھائی دیتی ہیں۔ اوپر سے نیچے کی طرف شمار کرنے میں یہ حسبِ میل ترتیب سے پائی جاتی

37

37

ہیں۔۔۔ وندی کا جناح صغیر۔ حفرہ نخامیہ (pituitary fossa) [زیر بالی حفرہ (fossa hypophyseos)] جو آگے کی طرف مقدم سریری شکل زائده (anterior clinoid process) اور پیچھے کی طرف ظہر السراج (dorsum sellæ) اور موخر سریری شکل زوائد سے مکمل ہوتا ہے۔ ظہر السراج (dorsum sellæ) کے پیچھے عظم مجری (petrous bone) کا سیاہ سایہ واقع ہوتا ہے جو پچھلی طرف حلی جداری ستون (masto-parietal pillar) پر ختم ہوتا ہے۔ حفرہ نخامیہ کا فرش وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ سے ۱/۲ انچ (۱۲ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اس کی مقدم حد وسطی وجہی (midzygomatic) نقطہ کے مین اوپر ہوتی ہے۔ حفرہ نخامیہ کا طبعی پیش پس قطر بالوں میں ۱۲ ملی میٹر (۱/۲ انچ) ہوتا ہے۔ سورانخ بصری (optic foramen) جبہی حلدھی کٹاؤ سے ۱/۲ انچ (۳/۴ ملی میٹر) پیچھے کی طرف کو اور وجہ (zygoma) کے بالائی کنارے سے ۱/۲ انچ (۲/۵ ملی میٹر) اوپر واقع ہوتا ہے۔ پیش منفذی (premeatal) نقطہ (دیکھو شکل ۱۰) قاعدی زائده (basilar process) کی پچھلی جانب کی نشاندہی کرتا ہے۔ منفذ داخلی اس نقطہ سے ۱/۲ انچ پیچھے اور اوپر واقع ہوتا ہے۔ منفذ خارجی اسکے عین پیچھے اور نیچے واقع ہوتا ہے۔ نیز اس سینہ (basion) جو سورانخ کبیر (foramen magnum) کے مقدم کنارے پر واقع ہوتا ہے، اس نقطہ سے ۱/۲ انچ نیچے اور پیچھے ہوتا ہے۔ وندی جوف (sphenoidal sinus) حفرہ نخامیہ کے نیچے اور سامنے واقع ہوتا ہے۔

# باب سوم

## مشمولاتِ مجملہ

38

(THE CRANIAL CONTENTS)

**اغشیہ دماغ - ام جافیہ (dura mater)** اپنی سختی کی وجہ سے دماغ کے لئے ایک عمدہ محافظ کا کام دیتی ہے۔ کھوپڑی کے تمام قاعہ پر یہ ہڈی سے بہت مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اسلئے اس جگہ پر اس غشا اور ہڈی کے درمیان وعابداریوں کے واقع ہونے کا بہت کم امکان ہوتا ہے گیند (vault) پر اسکی چسپیدیاں متقابلہ ڈھیلی ہوتی ہیں مگر درزوں کے خطوں کے ساتھ ساتھ یہ بہت مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اس ڈھیلی ڈھالی چسپیدگی کی وجہ سے بڑی بڑی زنی اور فحی وعابداریاں ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان جمع ہو جاتی ہیں۔ ایسی وعابداریوں سے عام طور پر ضغط دماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس امر پر بھی غور کرنا چاہئے کہ ضغط کے تمام مریضوں میں ضاغط قوت ام جافیہ سے باہر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ فیہر پیچیدہ حالتوں میں جب وقوع حادثہ کے ساتھ ہی ضغط کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں تو انکی پیدائش کا سبب غالباً منخفض ہڈی ہوتا ہے۔ اور جب یہ علامات کچھ عرصہ بعد ظاہر ہوتے ہیں تو انکا سبب غالباً وعابداریوں ہوتا ہے جو غنائے مذکور اور ہڈی کے درمیان جمع ہو جاتا ہے۔ اور جب حادثہ کے بعد ایک طویل عرصہ (کچھ دن یا ہفتے) گزر جائے تو ان علامات کے پیدا ہونے کا سبب اسی مقام پر غالباً پیپ کا اجتماع یا کسی دویہ کا ٹکون ہوتا ہے۔

سرسہ سیل (Sir C. Bell) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ گنبد کی ام جافیہ چوٹ کے ارتعاش ہی سے بعض اوقات علحدہ ہو جاتی ہے۔ ”کسی موضوع کی کھوپری پر بھاری تھوڑی سے ضرب لگاؤ تفصیح کرنے پر یہ ظاہر ہوگا کہ جس مقام پر ضرب لگی ہے وہاں سے ام جافیہ کھوپری سے پرے ہٹ گئی ہے۔ اس تجربہ کو کسی اور موضوع پر دہراؤ اور سر میں سریش (size) کی ایک قلیل مقدار کا اشتراک کرو۔ جس مقام پر ضرب لگائی گئی ہے اسپر کھوپری اور ام جافیہ کے درمیان شریک کا ایک حصہ پکڑ لیا جائے گا۔ اور وہ بعینہ اسی روئے کے مشابہ ہوگا جو سر پر شدید ضرب لگنے کے بعد پیدا ہوتا ہے۔“ ٹلو (Tillaux) نے یہ ثابت کر کے دکھایا ہے کہ ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان انضمامات نامہ صدفی حفرہ پر کمزور ہوتے ہیں، جو سمائی نرف کا عام ترین محل ہے۔ جب کسر کی حالت میں ام جافیہ اور ہڈی کے درمیان خون بہنا شروع ہو جاتا ہے تو اس وقت وسطی سحالی عروق ہی منقطع ہوتے ہیں، اور انیس سے شریان کی نسبت زیادہ تر رفیق دریدین منقطع ہوتی ہیں۔ ان وریدوں سے شریان کے ارد گرد ایک جوف بنتا ہے (وڈ جونز : Wood-Jones)۔ وسطی سحالی شریان شو کی سوراخ (foramen spinosum) سے گذرے کے بعد دو شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ مقدم شاخ جو بڑی ہوتی ہے عظم جداری کے پیش ذریعہ زاویہ کو کاٹتی ہوئی اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اور اکیلی درز کی پچھلی جانب سے اس سے تھوڑے سے فاصلہ پر گنبد پر چڑھ جاتی ہے۔ مؤخر شاخ عظم فلسمانی کو کاٹتی ہوئی افقی رخ میں پیچھے کو نکل جاتی ہے اور دوسری صدفی تلفیف کا ممر اختیار کر لیتی ہے (دیکھو شکل ۶ و ۳)۔

جس مقام پر یہ عروق عظم جداری کے مقدم زاویہ کو کاٹتے ہوئے گذرتے ہیں وہاں پر یہ اکثر دریدہ ہو جاتے ہیں، اور اسکے بہت سے وجوہ ہیں، ہڈی میں جہاں ان عروق کے لئے میزاب موجود ہوتا ہے وہاں یہ بہت باریک ہوتی ہے اور عروق بذات خود ہڈی میں اکثر اس طرح گرے ہوتے ہیں کہ انکی دریدگی کے بغیر کسر کا واقع ہونا مشکل ہی سے ممکن ہو سکتا ہے۔ اور آخری سبب یہ ہے کہ شریان کا یہ مخصوص خطہ کھوپری کا وہی حصہ ہے جس میں کسر واقع ہونے کا امکان خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔ جیکسن (Jacobson) نے یہ ظاہر کیا ہے کہ یہ عروق ایسی قوت سے بھی منقطع ہو سکتے ہیں جس سے کھوپری میں کسر واقع نہ ہو (عام طور پر صرف دریدین ہی منقطع ہوتی ہیں) بلکہ ام جافیہ علحدہ ہو گئی ہو۔ وسطی سحالی عروق کے علاوہ خارج السحالی نرف کا ماخذ جانبی جوف (lateral sinus) بھی نہایت کثرت سے ہوتا ہے اور اسکے وجوہ ظاہر ہیں۔

**ام جافیہ کے اعصاب** - ام جافیہ میں اعصاب کی رسد موجود ہے۔

اسکا عظیم ترین مبدأ پانچواں عصب ہے۔ مگر دسویں اور بارہویں جمعی اعصاب سے بھی کسیدہ رسد پہنچتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ترخان کے علیہ میں جب ام جافیہ کا ٹی یا کھرجی جاتی ہے تو خون کے دباؤ میں ایک نمایاں تخفیف واقع ہو جاتی ہے (ایچ ٹیرل گرے اور ایل پارنس: H. Tyrrell Gray and L. Parsons)۔ در دسر کے بہت سے اقسام ان در آئندہ تہیجات سے پیدا ہوتے ہیں جو تائیمی (vagal) یا توامی ثلاثی (trigeminal) کسی نواتا تک پہنچتے ہیں۔ جہاں یہ عصبی انقسام کی وجہ سے ام جافیہ سے منسوب ہو جاتے ہیں (کشنگ: Cushing)۔

**وریدی اجواف** - دماغی وریدیں جبکی دیوار میں نرم اور کمزور ہوتی ہیں اور

جو دماغ کے ہر نصفان کے ساتھ مضبوط ہو جاتی ہیں وریدی اجواف میں کھلتی ہیں۔ یہ اجواف استوا دیواروں کی قتالیں ہیں جو ام جافیہ کی بیرونی یا گردنی یا سہارا دینے والی تھوں کے درمیان موجود ہوتی ہیں۔ جن مقامات پر فوقانی دماغی وریدیں (superior cerebral veins) فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) میں داخل ہوتی ہیں اور جہاں صدغی وندی اور قذالی وریدیں جانبی جوف (lateral sinus) سے ملتی ہیں وہاں عنکبوتیہ (arachnoid) ام جافیہ سے مضبوطی سے منضم ہوتا ہے، مگر دوسرے تمام مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

**جانبی جوف (lateral sinus)** جراحی نقطہ نگاہ سے بہت اہم ہے۔

جو نہی یہ حللی زائندہ کے نیچے سے پیچھے کی طرف خم کھاتا ہے، علیہ کے مغارہ اور غلیات سے یہ بہت قریبی علاقہ پیدا کر لیتا ہے جنہیں سے عفونی حالت اس تکمیل حاصل سکتی ہے، اور حقیقت و نما ہو سکتی ہے (دیکھو شکل ۲۵ صفحہ ۱۰۴)۔ جانبی جوف کی نشاندہی مندرجہ ذیل تین نقاط کی تعیین سے کیا جاسکتی ہے (دیکھو شکل ۳ صفحہ ۱۵ اور شکل ۶ صفحہ ۲۵)۔ (۱) قفائینہ (inion)۔ (۲) نجمینہ (asterion)۔ (۳) منفذ کنیرین کنرے سے ۱/۲ انچ نیچے ایک نقطہ لیا جائے۔ جب یہ تینوں نقاط ملا دئے جاتے ہیں تو جانبی جوف دو حصوں سے بنا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ ایک

افنی حصہ جو قفائینہ (inion) سے لیکر نجمینہ (asterion) تک بتدریج اوپر کو چڑھتا چلا جاتا ہے اور دوسرا انتصابی جو نجمینہ سے دفعہ نیچے کو پس منغذی نقطہ تک چلا جاتا ہے۔ یہ جوف ۱۰ اعلیٰ میڈ چوڑا ہوتا ہے۔ یہ داخلی و داہمی (internal jugular) ورید کی شکل میں کھوپری سے باہر نکل آتا ہے جو حلی رائدہ کے مقدم کنارہ کی سیدھ میں جاتی ہے، مگر غده کفصیہ (parotid gland) کے نیچے گہری واقع ہوتی ہے (شکل ۳)۔

## فوقانی طولی جوف (superior longitudinal sinus) کی نشاندہی

کھوپری کی محراب کے اوپر سے انفینہ (nasion) سے لیکر قفائینہ (inion) تک خط کھینچنے سے کیجا جاتی ہے۔ اس جوف کے ساتھ ساتھ حفریات (lacunæ) (نزد جوفیہ جا: parasinoids) کے جانبی پھیلاؤ واقع ہوتے ہیں جنہیں بہت سی فوقانی دماغی (superior cerebral) وریدیں 41 کھلتی ہیں۔ یہ جانبی پھیلاؤ فوقانی طولی جوف کے تمام حصوں کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں مگر انیس سے سب سے لمبے اور اہم ترین جداری (parietal) پھیلاؤ ہیں، جو مرکزی تلافیف کے بالائی حصوں کو ڈھانکتے ہیں (پرسی سارجنٹ: Percy Sargent)۔ فوقانی طولی جوف بعض اوقات علقہ بنجانے سے مسدود ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت میں خون کو نفسمی مجاری میں سے دور کرنا پڑتا ہے، اور یہ فوقانی دماغی وریدوں سے تحتانی دماغی وریدوں اور بالخصوص سلوینس (Sylvius) کی سطحی ورید میں جو کہنکی جوف (cavernous sinus) میں جا کر ختم ہوتی ہے، چلا جاتا ہے۔ فوقانی طولی جوف اکثر حالتوں میں دائیں جانبی جوف میں ختم ہوتا ہے، اور یہ اسلئے بائیں جوف سے بڑا ہوتا ہے۔

## کہنکی جوف (cavernous sinus) جسکے اندر داخلی سباتی شران

(internal carotid artery) اور چھٹا جمعی عصب محصور ہوتے ہیں اور جبکی دیوار میں تیرا اور چوتھا عصب اور پانچویں عصب کا بیشتر حصہ دبا ہوتا ہے، عظم وتدی کے جسم پر واقع ہوتا ہے۔ یہ وتدی ہوائی جوف کے عین اوپر ہوتا ہے، جس میں سے عفوئنتی حالتیں کہنکی پھیل سکتی ہیں جن سے علقیت پیدا ہو جاتی ہے ایسی حالتوں میں عینی وریدوں (ophthalmic veins) کے متدد ہو جانے کی وجہ سے آنکھیں ابھر آتی ہیں، کیونکہ وریدی خون مجر میں سے

بہ کر جانبی جوف (lateral sinus) اور ودامی ورید (jugular vein) تک فوقانی اور تحتانی جگری اجواف کے ذریعہ سے پہنچتا ہے۔ نخامیہ کے سلعات کہنکی جوف کو لازمی طور پر مضبوط کر دیتے ہیں۔ داخلی سباتی شریان (internal carotid artery) اور کہنکی جوف (cavernous sinus) کے درمیان فی تعلقات اتنے قریبی ہیں کہ ان حصوں کو ضرر پہنچنے سے شریان فی وریدی انورسما واقع ہو چکا ہے۔ مزید برآں یہ بھی معلوم ہو گیا ہو گا کہ یہ جوف مجھر میں التهاب موجود ہونے کی حالت میں اپنے بڑے بڑے معاونوں یعنی دونوں عینی وریدوں (ophthalmic veins) کے ذریعہ سے عمل التهاب کے منتشر ہو جانے سے کس آسانی سے علقت زدہ ہو سکتا ہے۔

### تحت جانی فضا (subdural space) ام جافیہ اور عنکبوتیہ کے

درمیان واقع ہوتی ہے، اور پورائی کہف کی طرح یہ بھی صرف ایک امکانی فضا ہوتی ہے کیونکہ صحت کی حالت میں عنکبوتیہ ام جافیہ کی اندرونی صاف سطح کے ساتھ ملا ہوتا ہے۔ یہ فضا صرف اسی حالت میں بنتی ہے جبکہ سیال یا خون یا پیپ ان دونوں غشاؤں کے درمیان جمع ہو جائے (شکل ۱ صفحہ ۳)۔ تحت جانی فضا میں کیتھڈر سیال موجود ہوتا ہے جو دماغ کے حرکات بفسان میں رگڑ کے اثرات کو زائل کر دیتا ہے، اسلئے اس کا فعل پلورائی اور باریونی تاجوں کے فعل کا سا ہے۔

42

### زیر عنکبوتی فضا (subarachnoid space) کی معتد بہ جراحی اہمیت

ہے۔ جو فضا جبل شوکی کے ارد گرد موجود ہوتی ہے اسکا دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں سے بلا واسطہ تسلسل قائم ہوتا ہے۔ لہذا جب اس فضا کا بزل جبل شوکی کے قطنی حصہ پر کیا جاتا ہے تو دماغ کی زیر عنکبوتی فضاؤں کی سیلیت بھی ساتھ ہی ہو جاتی ہے (شکل ۱۱)۔ اسی لئے درون مجھی دباؤ کے زیادہ ہو جانے کی حالت میں قطنی کوچے (lumbar puncture) کا علاج ہے۔ التهاب سحائیہ (meningitis) میں دماغی سحائی سیال کدہر ہو جاتا ہے اور زیر عنکبوتی فضا میں یا اس کے بعض حصوں میں کبھی کبھی پیپ بھی موجود ہوتی ہے۔

جبل شوکی میں عنکبوتیہ اور ام خونہ کے درمیان بہت سا فاصلہ ہوتا ہے، اس لئے





پیدا ہو جاتی ہے۔

دماغ کے تلافیف کے اوپر عنکبوتیہ (arachnoid) کو ام حنونہ (pia mater) محدود کرتی ہے، اور یہاں یہ ڈھیلی ڈھالی زیر عنکبوتی بافت کا کام دیتی ہے۔ دائرہ ولس (circle of Willis) سے جو شریانیں نکلتی ہیں انکے ساتھ ساتھ ہر جگہ قاعدی برکہ (basilar cistern) کے پھیلاؤ و تجاویف دماغ کی ام حنونہ میں آجاتے ہیں۔ دماغ کے قاعدہ کا میان باقی (interpeduncular) حصہ جس (pons) اور نخاع مستطیل (medulla) اگرچہ ان قاعدی برکہ جات پر واقع ہوتے ہیں مگر صدغی اور جہبی لختہ جات کھوپری کے قاعدہ پر بلا واسطہ ملے جاتے ہیں، اور قذالی لختہ دسینی خیمہ (tentorium cerebelli) پر واقع ہوتا ہے۔ دماغ کے تینوں قطب یعنی جہبی، قذالی اور صدغی، اسخیمہ اور کھوپری سے بلا واسطہ ملے جاتے ہیں اور اسلئے یہ دماغ کے وہ حصے ہیں جنکے سر پر ضرب آجانے کی حالت میں دریدہ ہو جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے۔

43

## دماغی نخاعی سیال بطور حاملہ کے کام کرتا ہے اور یہ ان مضر اثرات کو جو

دوران خون کی بے قاعدگیوں سے دماغ پر (جو کہ نہ دہنے والے کہنے میں واقع ہے) ہو سکتے ہیں زائل کر دیتا ہے۔ اگر جانبی بطینوں کے قریب کے بڑے بڑے عصبی مراکز امتلا سے متورم ہو جائیں تو ان مراکز کو کسی نہ دہنے والی دیوار کا مقابلہ نہیں کرنا پڑتا بلکہ یہ تھوٹے سے دماغی نخاعی سیال کو میجنڈی (Magendie) کے سوراخ کے راستہ سے باہر دھکیل دیتے ہیں، اور یہ حالت اس وقت تک رہتی ہے جب تک کہ دوران خون دوبارہ طبعی نہیں ہو جاتا۔

44

جب تندرست دماغ ترخان کے سوراخ کے ذریعہ سے معر کیا جاتا ہے تو اس میں نبضان دکھائی دیتا ہے جو قلب کی ہر ضرب کے ساتھ ہوتا ہے، اور اگر یہ نبضان موجود نہ ہو تو اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ کھوپری کے اندر کا دباؤ شریانی دباؤ سے زیادہ ہے (۱۰۰-۱۳۰ مم پارہ)۔ طبعی طور پر جیسا کہ ہل (Hill) نے ثابت کر کے دکھایا ہے درون الججی دباؤ اتنا ہی ہوتا ہے جتنا کہ وریدوں میں خون کا دباؤ ہوتا ہے۔ قلب کے ہر ضربان پر کھوپری میں (دھکب سنٹی میٹر) خون داخل ہوتا ہے۔ اور اسلئے اتنا ہی وریدی خون و داجی ورید کے ذریعہ سے باہر آ جاتا ہے۔

یہ سیال جانبی بطین سے تیسرے بطین میں سوراخ منزو (Monro) کے ذریعہ سے

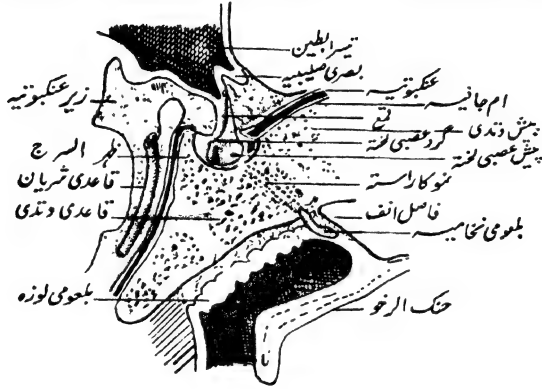
اور تیسرے سے چوتھے بطین میں مصیف سٹوکس (aqueduct of Sylvius) کے راستہ سے اور چوتھے بطین سے برک کبیر (cisterna magna) میں میجنڈی (Magendie) کے سوراخ میں سے ہو کر گر سکتا ہے (شکل ۱۱)۔ بہت سے ابھی تک ہلٹن (Hilton) کی رائے ہی سے متفق ہیں کہ مصیف مذکور کے مسدود ہو جانے یا میجنڈی (Magendie) کے سوراخ یا دوسرے دو فتحات کے بطین چہارم کے جانبی زوایوں پر ہوتے ہیں [کے (Key) اور ریٹزیوس (Retzius) کے سوراخ] بند ہو جانے سے بطینوں سے سیال کے باہر آنے کا راستہ رک جاتا ہے اور اس طرح استسقاء دماغ کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

خون کی مسیلیت اور دہ جالینوس (veins of Galen) سے بھی ہوتی ہے۔ لہذا ان پر دباؤ پڑنے سے اسی قسم کا نتیجہ برآد ہو سکتا ہے۔ یہ خیال پیش کیا گیا ہے کہ استسقاء دماغ کی حالتوں میں جانبی بطینوں کے اندر کا دباؤ دماغی نخاعی سیال کی مسیلیت تحت جافی فضائیاں کرنے سے کم کیا جاسکتا ہے۔ یہ سیال کسی ایسے دباؤ کے زیر اثر جو دماغی وریدوں کے اندر کے دباؤ کی نسبت زیادہ ہو جذب ہو جاتا ہے (ہل : Hill)۔

اگر دماغ بھی امتلا سے کلانی یافتہ ہو جائے تو اسے نہ دبنے والی ہڈی کی بجائے ترتیب پذیر آبی بستر سے سابقہ پڑتا ہے اور اپنی کلانی کے زمانہ میں یہ اس سیال کے کچھ حصہ کو جو اسکے ارد گرد موجود ہوتا ہے زیر غلبہ ہوتی فضا کے شوکی حصہ میں منتقل کر دیتا ہے (ہلٹن (Hilton) نے قاعدہ کے کسر کے ایک مریض کے متعلق جبکہ کان سے دماغی نخاعی سیال بہ رہا تھا اطلاع دی تھی جس سے یہ متبادل اثر بخوبی واضح ہوتا ہے۔ جب اسکی ناک اور اسکا منہ بند کر دئے جاتے تھے اور گردن کی وریدیں مضبوط کر دی جاتی تھیں تو زہر کے لئے کوشش کرنے کے ساتھ ہی اخراج سیال میں بہت اضافہ ہو جاتا تھا۔

بالغ کے دماغی نخاعی نظام میں سیال کی کل مقدار کا اندازہ ۱۳۰-۱۵۰ مکعب میٹر (تقریباً ۴ اونس) کیا گیا ہے۔ اسکا افراز (۱) جانبی بطینوں میں (۲) تیسرے بطین کی چھت میں اور (۳) چوتھے بطین کی چھت میں ضغیرہ جات شیمیہ (choroid plexuses) سے ہوتا ہے۔ یہ خیال کیا جاتا ہے کہ برٹلیفی (ependymal) سرحد ہی جسکی پوشش ان ضغیرہ جات پر موجود ہوتی ہے حقیقت میں افراز کے فعل کو سر انجام دیتا ہے۔ یہ سیال مندرجہ ذیل مانتوں کے ذریعہ سے جذب ہوتا ہے۔ (۱) لمفی فضاؤں سے جو عصبی جڑوں کے ارد گرد موجود ہوتی ہیں۔

(۲) وریدوں اور وریدی فضاؤں میں گزرنے سے۔ نیز (۳) اجسام کیونی (Pacchionian bodies) کے ذریعہ سے بھی یہ وریدی نظام میں پہنچ جاتا ہے۔ جب متھیلین بلو (methylene blue) کا اشراب شوکی زیر منکبوتی فضا میں کیا جاتا ہے تو یہ فوراً دماغ کے بطینوں میں ظاہر ہو جاتی ہے جس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ انتشار جلد ہی واقع ہو جاتا ہے۔ مزید برآں دوران خون میں بھی یہ فوراً ہی ظاہر ہو جاتی ہے۔ اور اسکا اخراج گردوں سے ہوتا ہے۔ عروق لمف سے یہ بہت آہستہ جذب ہوتی ہے، کیونکہ گردن کے غد کے کچھ عرصہ گزرنے سے پہلے ٹون نہیں ہوتے۔



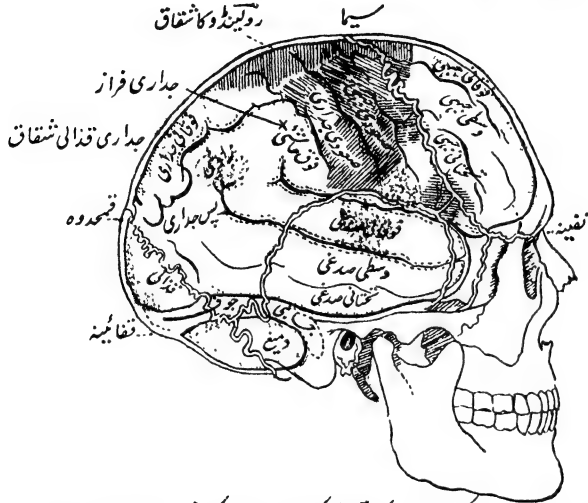
شکل ۱۲۔ پندرہ ماہ کے بچہ کے جسم نخامیہ، تیسرے بطین، اور اساس الود، انفی بلعوم کی تراش۔ نخامی برون بالید کی ڈنڈی کا بقیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔

**جسم نخامیہ (pituitary body)**۔ زمانہ حال میں جسم نخامیہ کو جوام جانیہ کے ایک مخصوص خانہ میں بند ہوتا ہے اور اساس الودی (basi-sphenoid) کی بالائی سطح پر واقع ہوتا ہے بہت سی جراحی اہمیت حاصل ہو گئی ہے شکل ۱۲ میں اسکی شکل اور اس کے تعلقات ظاہر کئے گئے ہیں جیسا کہ یہ کم عمر بچہ میں دکھائی دیتے ہیں۔ اسکی ڈنڈی تیسرے بطین کے فرش سے نیچے کی طرف کو آتی ہے اور موخو یا عصبی (neural) لختہ میں پہنچ کر ختم ہو جاتی ہے۔ مقدم یا خدی لختہ عصبی لختہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے اور اسکو ہر طرف سے محیط کرتا ہے۔ خدی لختہ جو فم الاصلی (stomodæum) یعنی جنین کے ذہنی نشیب سے بطور ایک برون بالید کے پیدا ہوتا ہے، دو حصوں میں منقسم ہوتا ہے ایک گرد عصبی (perineural) یا دریا (intermediate)

حصہ (ہیرنگ: Herring) جو عصبی لختہ کے ساتھ قریبی طور پر ملا ہوتا ہے، اور دوسرا مقدم (anterior) یا پیش عصبی (preneural) حصہ۔ گرد عصبی (perineural) اور پیش عصبی حصے ایک مرکزی کہفہ کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتے ہیں۔ اور یہ کہفہ سن بلوغ پر منطس ہو جاتا ہے (شکل ۱۲)۔ پیش عصبی غدی حصہ بعض اوقات پیش پروردہ ہو جاتا ہے، اور اس سے ایک غدی سلعہ لیبار ہو جاتا ہے۔ ایسے بہت سے مریضوں میں جسم کے مختلف حصے (خاص کر چہرہ، ہاتھ اور پاؤں) بڑھا شروع کر دیتے ہیں اور بہت بڑے ہو جاتے ہیں جس سے ایک لختہ جو کبر الجواح (acromegaly) کے نام سے موسوم ہے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر یہ پیش پرورش جوانی کے زمانہ میں واقع ہو تو خبر کی تمام ہڈیاں جلد بڑھا شروع کر دیتی ہیں اور غریبتیت (gigantism) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ نخامیہ کا گرد عصبی غدی حصہ جسم کے مختلف حصوں کی بالیدگی کو اندرونی افاز کے ذریعہ سے منظم رکھتا ہے، اور اگر یہ افاز ضرورت سے زیادہ ہو تو اس سے پیش پرورش پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت سے مریضوں کو علیحدہ سے جس میں غدی لختہ کا کچھ حصہ کھرچ دیا جاتا ہے، فائدہ ہوا ہے۔ بالوں میں نخامیہ تک وندی جوف میں سے جس کی چھت پر یہ جسم واقع ہوتا ہے، رسانی حاصل کی جاتی ہے۔ اس جوف تک پہنچنے کا طریقہ یہ ہے کہ ناک کے غصرونی حصہ کو الٹ کر انفی فاصل (septum nasi) کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو جاتے ہیں حتیٰ کہ وندی جوف آ جاتا ہے۔ ایک اور راستہ بھی ہے جو شاید مذکورہ راستہ سے بہتر ہے، اور یہ صدغی حفرہ میں سے ہے۔ دماغ کے صدغی لختہ کو اوپر اٹھانے کے لئے تاکہ جسم نخامیہ معر ہو جائے صدغی حفرہ میں وسیع تر فان کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جب نخامی سلعات پھیلتے ہیں تو کہنکی اجواف کو مضبوط کر دیتے ہیں، اور بصری اعصاب (optic nerves) کے ساتھ قریبی علاقہ رکھنے کی وجہ سے جزوی بصری ذبول، اور کوری، اور نیز میدان نظر میں تضعیف بھی پیدا کر دیتے ہیں۔ ایسا سلعہ بعض اوقات وندی جوف کی چھت کو متخفص کر دیتا ہے۔

شکل ۱۲ میں بڑھتے ہوئے نخامیہ کی وندی کا بقیہ حصہ انفی بلعوم کی چھت میں ظاہر کیا گیا ہے۔ ارد ہائیم (Erdheim) نے جن جیموں کا (جو ۵۰ سے اوپر ہیں) امتحان کیا ہے ان سے یہ معلوم ہوا ہے کہ زینی نخامیہ کا یہ بقیہ حصہ (انفی بلعومی نخامیہ) جو جسم میں موجود ہوتا ہے۔ نخامیہ متجا کے ایک خانہ میں واقع ہوتا ہے جس کی چھت اسکے جسم کی ڈنڈی سے مشق ہوتی ہے۔ (لاشاعوں کی مدد سے نخامی حفرہ کا جو مل اور شکل ظاہر ہوتی ہے وہ شکل ۱۰ میں ظاہر کی گئی ہے) نخامیہ کو رسد خون کثیر التغا و عروق سے پہنچتی ہے جو اوثرہ ولس (circle of Willis) سے نکلتے ہیں

اور نیچے اتر کر نخاعینہ کی ڈنڈی تک پہنچ جاتے ہیں۔  
**دماغ کے سطحی تعلقات۔** (شکل ۱۳ و ۱۶) دماغ کا طولی شقاق



شکل ۱۳ دماغ اور سر کی رقبہ جات کے تعلق کو کھوپری سے ظاہر کرتی ہے۔ کوئین: Quian سے ترمیم کی گئی ہے۔ سر کی رقبہ جات یا نایک کر دے گئے ہیں۔ ٹانگہ در و در کے رقبہ جات میں عودی خطوط دیکھنے گئے ہیں۔ اور بازو اور ہاتھ کے رقبہ جات کے خطوط آگے کی طرف کو اور چہرہ اور منہ کے رقبہ جات کے خطوط پیچھے کی طرف کو مائل ہیں۔ زبان، مضموم اور جگرہ کے رقبہ جات پر نقطے ڈالے گئے ہیں۔ مضموم دیہی تلیف جس میں وہ رقبہ جات شامل ہوتے ہیں جو فصل میں صرف سر کی ہوتے ہیں، سرخ خطوط ظاہر کی گئی ہے۔ تلیف بروکا (Broca) پر مضموم کامرکز افقی خطوط سے نایک کیا گیا ہے۔ الفا فاسٹ کے کامرکز فوٹانی مدغی تلیف پر اور الفا ڈیکھنے کامرکز زاویہ تلیف پر ظاہر کیا گیا ہے۔ وسطی اور منہ جات میں تلیف کے نمونوں پر جو رقبہ جات افقی خطوط سے نایک کیا گیا ہے، وہ سر اور آنکھوں کی مشترک حرکتوں کے لئے ہے۔

(longitudinal fissure) قمتہ الراس پر سے منتطب (glabella) سے لیکر خارجی قذالی ابھدنگ خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ یہ سامنے سے تنگ ہوتا ہے مگر چونکہ اس میں طوی جوف موجود ہوتا ہے جو پیچھے جاکر فوراً چوڑا ہو جاتا ہے، اسلئے کھیل طرف اس کا عرض معتد ہو جاتا ہے، اور بائیں دماغی نصف کوہ کے قلبہ کی وجہ سے یہ بالعموم خط وسطی سے کسی قدر دائیں طرف کو واقع ہوتا ہے۔ خارجی قذالی ابھار اور کان کے درمیان

جانبی جوف دماغ کے زیرین لیول کی اور وینخ کے اوپر کے لیول کی حد بندی کرتا ہے (شکل ۶ اور ۱۳)۔ کان آگے وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ کی موخر ترین چوتھائی صدغی لخنہ کے زیرین کنارہ کو ظاہر کرتی ہے۔ صدغی لخنہ کا قطب مجری کی بیرونی کور سے  $\frac{3}{4}$  انچ پیچھے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶)۔ پیشانی پر دماغ کی زیرین حد کا اندازہ مقطب (glabella) سے لے کر نقطہ سلویس (Sylvius) تک مجری کی بالائی کور سے  $\frac{1}{4}$  انچ اوپر خط کھینچنے سے کیا جاسکتا ہے۔ بصلہ بات شمیہ (olfactory bulbs) انفینہ (nasion) کے لیول پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۳)۔

دماغ کا استقصا خارجی منفذ کے نقطہ وسطی کے لیول سے  $\frac{1}{4}$  انچ نیچے اور  $\frac{1}{4}$  انچ پیچھے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۱۳)۔ یہ گہرا واقع ہوتا ہے کیونکہ قدانی عضلات (occipital muscles) کے منہاؤں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

### رولینڈو (Rolando) کے شقاق کی نشاندہی کے جو بہت سے طریقے

پیش کئے گئے ہیں ان میں وہ طریقہ جس کا ذکر صفحہ ۲۶ پر کیا گیا ہے نہایت سادہ اور صحیح ہے۔ جو خط وہاں کھینچا گیا ہے وہ بعض اوقات شقاق کے عین اوپر واقع نہیں ہوتا، کیونکہ سر کی شکل کے لحاظ سے اس کا محل بھی کسی قدر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ دماغ کے حسی حرکی رقبہ جات صدغی جبہ اور جداری تلافیف میں جو رولینڈو کے شقاق کی حد بندی کرتے ہیں، بہت بڑی حد تک واقع ہوتے ہیں۔ ان میں سے ہر ایک تلافیف کا اوسط عرض  $\frac{3}{4}$  انچ ہوتا ہے۔ اکیلی درز (coronal suture) کا بالائی حصہ رولینڈو کے شقاق سے ۲ انچ آگے اور پیچھے کا حصہ اس سے  $\frac{1}{4}$  انچ آگے ہوتا ہے۔

### سلویس (Sylvius) کے شقاق کی نشاندہی مندرجہ ذیل طریقہ سے

کیا جاسکتی ہے۔ جبہ عارضی (fronto-malar) اتصال سے جو ایک نمایاں کٹاؤ سے ممیز ہوتا ہے،  $\frac{1}{4}$  انچ اوپر اور  $\frac{1}{4}$  انچ پیچھے ایک نقطہ مقرر کر لیا جاتا ہے۔ یہ نقطہ کنیٹی میں غلم جداری کے پیش زیرین زاویہ کے عین اوپر واقع ہوتا ہے (پرینہ: pterion)۔ پرینہ سلویس کے شقاق کے تینوں جوارح اور اس کے تنے کے مقام اتصال کو ظاہر کرتا ہے۔ اگر ایک خط پرینہ سے پیچھے اور اوپر کی طرف کو جداری فراز سے  $\frac{3}{4}$  انچ نیچے تک کھینچا جائے تو





51

تین حصوں میں زبان، بصر، بلعوم اور منہ کی حرکتوں کے مرکز واقع ہوتے ہیں۔ اگر خط سکوئس کے انقسام کے ساتھ ٹاکر ایک پونی (penny) رکھ دیا جائے تو وہ زاویہ تلیفیف کو جس میں ”بصارت الفاظ“ کا مرکز موجود ہوتا ہے ڈھک لینگا (شکل ۱۳)۔ جداری فراز فوق ماشئی تلیفیف کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ شقاق سکوئس کا صعودی جارحہ برینہ (pterion) سے اوپر کی اور کسی قدر آگے کی طرف کو ایک ۳۔ انچ لمبا خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے اور چھوٹے مقدم افقی جارحہ کی نشاندہی اسی نقطہ سے آگے کی طرف کو ایک ۱۔ انچ لمبا خط کھینچنے سے کیا جاسکتی ہے۔ صعودی اور مقدم جوارح کے درمیان تختانی جبہ تلیفیف کا جزو مشتمل (pars triangularis) واقع ہوتا ہے جس میں ”حرکتی تکلم“ (motor speech) کا مرکز موجود ہوتا ہے۔ بروکا (Broca) کا یہ خیال تھا کہ بائیں تختانی جبہ تلیفیف (جو اکثر تلیفیف بروکا کہلاتی ہے) نطق سے ایک خاص تعلق رکھتی ہے۔ مگر حال ہی میں پیرے میرے (Pierre Marie) اور دوسروں نے اس حصہ کے مرض کے کئی ایک واقعات کا بیان شائع کیا ہے جن میں نطق غیر متاثر رہا تھا۔ شقاق سکوئس کا تنہا ۱۔ انچ لمبا ہوتا ہے اور عظم وتدی کے جناح کبیر کے نیچے سے نیچے اور آگے کی طرف کو جاتا ہے (شکل ۱۳)۔ صدعی لختہ اس کے نیچے واقع ہوتا ہے۔

عظم جداری کے چاروں زاوے بھیجے سے اہم تعلقات رکھتے ہیں۔

پیش زیرین زاویہ تختانی جبہ تلیفیف کے موخر حصہ اور شقاق سکوئس کے مقدم افقی اور صعودی جوارح کو پوشیدہ رکھتا ہے۔ وسطی سحائی بشریان کی مقدم شاخ معد اپنے رفیق جوف کے اسکے نیچے سے اوپر کو چڑھتی ہے۔ پیش فوقانی زاویہ سیما (bregma) پر فوقانی جبہ تلیفیف کے انتہائی سرے اور ٹوکے کے حرکات کے مرکز کو پوشیدہ رکھتا ہے پس فوقانی زاویہ محدود (lambda) پر قذالی لختہ کے بالائی حصہ کے اوپر اور جداری قذالی شقاق سے ۱۔ انچ نیچھے واقع ہوتا ہے۔ پس تختانی زاویہ جانی جوف کے انحذاب کو پوشیدہ کرتا ہے اور دماغ کی زیرین حد کو ظاہر کرتا ہے۔ شقاق سکوئس کے موخر جارحہ کا مقدم نصف فلسفانی درز (squamous suture) کے نیچے واقع ہوتا ہے اور نیچھے کی طرف کو یہ سب کا سب عظم جداری کے نیچے چلا جاتا ہے۔ لہذا اس سے یہ ظاہر ہے کہ عظم جداری تمام جداری لختہ، جبہ اور

52

صدغی لمخوس کے موخر حصوں، اور قذالی لمختہ کے بالائی ماسیہ کو ڈھکتی ہے۔

### ستھمائی صدغی تلفیف (inferior temporal convolution)

وجنہ کے بالائی کنارہ اور خارجی منفذ کے اوپر سے پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے، اور طبس (tympanum) کی چھت پر ٹنگن ہوتی ہے۔ اسلئے یہ ان خراجات کا عام ترین محل ہے جو اذن وسطی کے امراض کے بعد پیدا ہوتے ہیں (شکل ۱۴)۔

میجے کے قاعدی عقدہ (basal ganglia) (جو جم خط: corpus striatum)

اور عرشہ بصری (optic thalamus) اپنے بیرونی رخ پر جزیرہ ریل (island of Reil) سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ یہ جزیرہ شقاق سلویس کے مقدم تین چوتھائی حصہ میں دبا ہوتا ہے، لہذا اس کے اور قاعدی عقدوں کے لئے بھی شقاق مذکور کے سطحی نشانات ہی استعمال کئے جاسکتے ہیں (دیکھو شکل ۶ و ۱۴)۔ اگر پرینسہ (pterion) کے سامنے نصف انج نصف قطر کا نصف دائرہ کھینچا جائے تو یہ قاعدی عقدوں (basal ganglia) کی مقدم حد کو ظاہر کرے گا اور انکی موخر حد اس نقطہ کے سامنے کی طرف اس سے کسی قدر فاصلہ پر واقع ہوتی ہے جس پر جانبی بطینات کا بزل کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳ - صفحہ ۱۵)۔ یہ نقطہ مندرجہ ذیل طریقہ سے معلوم کیا جاتا ہے خارجی منفذ سے ایک انتصابی خط ۵ سنٹی میٹر (۲ انچ) لمبا اوپر کی طرف کو کھینچا جاتا ہے۔ جس نقطہ پر جانبی بطین کا بزل کیا جاتا ہے وہ اس خط کے بالائی سرے سے ۲ سنٹی میٹر (۲ انچ) پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہاں براگر مزل (trocar) بھونک دیا جائے تو وہ جانبی بطین میں اسکے جسم اور زوئی اور موخر قروں کے مقام اتصال پر ڈھل ہوتا ہے (جنکینس: Jenkins)۔

میجے کے حسی حرکی رقبہ جات - بعض ضررات دماغ کا مقام معلوم کرنے اور ان عملیہ جات میں رہبری کے لئے بوقشرہ دماغ پر کئے جاتے ہیں، جراح کے لئے ان رقبہ جات کے محل کی واقفیت رکھنا نہایت ضروری ہے۔ پہلے یہ خیال کیا جاتا تھا کہ یہ رقبہ جات صمودی جبہ (پیش مرکزی: precentral) اور نیز صمودی جداری (پس مرکزی: postcentral) تلفیف میں واقع ہوتے ہیں۔ مگر شرنگٹن (Sherrington) اور گرونوم (Grünbaum) نے بشر آساقرو (anthropoid apes) میں ان تلفیف کے قشرہ کو زیادہ صحیح طور پر سمجھان پہنچانے سے یہ دریافت کیا ہے کہ حرکی تعاملات محض صمودی جبہ تلفیف ہی سے حاصل ہوتے ہیں۔



اگر سلعہ حرکی رقبہ پر واقع ہو تو یہ اس رقبہ کی زیر اثر حرکتوں میں تحریک پیدا کر دیتا ہے۔ اور اگر یہی رقبہ پر واقع ہو تو جو احساسات اسکے متعلق ہوتے ہیں انہیں تحریک پیدا ہو جاتی ہے۔ اس ہچانک بعد قشرہ میں جلد ہی تباہی نمودار ہو جاتی ہے، اور اسکے وظائف معطل ہو جاتے ہیں۔ لہذا ابتدائی تحریک کی جگہ فقدان حرکت اور فقدان حس نمودار ہو جاتا ہے۔ درون محجی بالیدوں سے پیدا شدہ علامات کی



شکل ۱۶ پیش مرکزی تنزید کے تلافی مہمیت جا، اور حرکی رقبہ جات کے ساتھ انکے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (سمنگٹن : Symington اور کرایبل : Crymble)۔

تفصیلاً مقام بعض اوقات ممکن نہیں ہوتی، کیونکہ چھوٹے سے سلعہ سے بھی جو کھوپری کی استوار دیواروں کے اندر ہو نقطہ کے ایسے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں جو وسیع رقبہ جات پر منقسم ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ کے زوجی حرکات (conjugate movements) وسطی جبہ تلفیف کے موخر سرے پر کے قشرہ کے زیر اثر ہوتے ہیں (شکل ۱۵)۔ مزید برآں قشرہ میں بہت سے ابتدائی حسی رقبہ جات بھی ہیں (وہ رقبہ جات جو بصارت اور سماعت اور شامہ سے تعلق رکھتے ہیں) جو درون محجی ضررات سے متاثر ہو سکتے ہیں، اور ان سے ایسے علامات پیدا ہوتے ہیں جن سے جراح کو مکمل مرض معلوم

کرنے میں مدد ملتی ہے۔ استنبصاری قشرہ (visual cortex) ظہری شتقاق (calcarine fissure) کے نزدیک اور قذالی لختہ کے ارد گرد واقع ہوتا ہے۔ "بصارت الفاظ" کا مرکز زاوئی پڑ (angular gyrus) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۳)۔ سمعی قشرہ (auditory cortex) فوقانی صدغی تلفیف کے گہرے یا دبے ہوئے حصہ میں پایا جاتا ہے۔ اور "ساعت الفاظ" کا مرکز اس تلفیف کے وسطی ثلث سے منسوب ہے۔ شمی قشرہ (olfactory cortex) خطاف (uncus) میں واقع ہوتا ہے، جو صدغی لختہ کے اندر کی طرف موجود ہوتا ہے۔ خطاف کے قرب وجوار کے سلعات شمی احساسات میں اختلال پیدا کرنے کے علاوہ "خوابی حالتیں" بھی پیدا کر دیتے ہیں۔

**بھیجے کے متعلق عمومی طور پر کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ جراحی نقطہ نگاہ سے**

یہ نرم بافت کا صرف ایک بڑا سا تودہ ہے جس کو ہلانے سے اسی طرح نقصان پہنچ سکتا ہے جس طرح کہ جلاٹین کو ڈبہ میں ہلانے سے پہنچتا ہے۔ چونکہ اسکی ساخت ایسی ہوتی ہے کہ یہ بہت آسانی سے دب سکتا ہے، اور اس سے مجموعی کھنڈہ تباہہ پر نہیں ہوتا، اسلئے یہ کھوپری میں ادھر ادھر ہلا یا جاسکتا ہے، اور اپنی دیواروں کے ساتھ کمرانے سے اسکو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ بھیسے کی کوٹنگی یا اس کے کچلے جانے کی حالت میں یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ جہائیکہ دماغ اور دماغ کا تعلق ہے ضرور دوسرے حصص کی نسبت زیادہ کثرت سے انہی کی زیریں سطح پر واقع ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۴۳)۔ مگر مذکورہ بیان کی ایک نمایاں استثنائی حالت بھی ہے اور وہ یہ ہے کہ دماغ کے قاعدہ کے وہ حصے جو دائمی شغاعی سیال کے ایک عظیم قاعدی اجتماع پر مشتمل ہوتے ہیں شاذ و نادر ہی کو فتنہ ہوتے ہیں۔ یہ حصے شغاع مستطیل، جسر، اور میاں سا فنجی فضا پر مشتمل ہوتے ہیں۔

**رسد خون عروق خون کی رسد دماغ میں بہت مفرد ہوتی ہے۔ دونوں**

بڑے بڑے شریانی توں (فقری: vertebral اور داخلی باقی: internal carotid) میں کھوپری میں داخل ہونے سے قبل خم پیدا ہو جاتے ہیں، جن کا مقصد شاید یہ ہے کہ انقباض قلب کے جواثرات دماغ پر ہوتے ہیں ان میں تخفیف ہو جائے۔ داخل ہونے کے ذرا بعد ہی یہ ایک خم دار (دائرہ ولس: circle of Willis) کی شکل میں مل جاتے ہیں، جسکا اثر یہ ہوتا ہے کہ دائمی دوران خون میں یکسانیت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ بطنی مجاری صرف اسی حالت میں کارآمد ثابت ہوتے ہیں جبکہ ان

شریانیوں میں سے جن سے دائرہ و آس بنتا ہے کوئی بڑی شریان مسدود ہو جائے۔ اگر زندہ کہنے کی بائیں باقی (carotid) شریان میں کسی رنگین محلول کا اشتراک کر دیا جائے تو کوئی مادہ صرف بائیں نصف کرۂ تک ہی محدود رہتا ہے۔ لیکن اگر دائیں باقی (carotid) شریان پہلے ہی سے باندھ دی گئی ہو تو کوئی مادہ دائیں اور بائیں دونوں نصفوں میں پایا جاتا ہے (Kramer: -)

وسطی دماغی (middle cerebral) شریان کی سدادیت سے دماغی قشرہ کا ایک وسیع رقبہ تباہ ہو جاتا ہے۔ یہ عرق تیسرے جہی، بالائی اور وسطی صدعی، زوایمی، فوق حاشی، اور نیز صعودی جہی اور جداری تزارید کی زیریں دو تہائی کو رسد پہنچاتا ہے۔ ایسی حالت میں حسی حرکی رقبہ کے صرف وہی حصے تباہ ہونے سے بچتے ہیں جو جوارح اسفل اور وجر کے لئے ہوتے ہیں۔ ان مرکزوں کو اور جہی اور جداری لمخوں کی وسطی طرف کو اور بیرونی جانب پر قشرہ کے ہم پہلو حصہ کو مقدم دماغی (anterior cerebral) شریان رسد پہنچاتی ہے۔ قدائی لمخہ اور صدعی ذمئی تلافیت کو موخر دماغی (posterior cerebral) شریان سے رسد پہنچتی ہے۔

ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک مشترک باقی (common carotid) شریان کی بندش سے نیچے پر کوئی اثر نہ ہو، اگرچہ اس علیہ کے بعد موت زیادہ تر دماغی پیچیدگیوں ہی سے واقع ہوتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ایک باقی (carotid) اور دو فقری (vertebral) شریانیں بھیجے کو کافی خون لاسکتی ہیں، گو ریلجی عروق میں کافی کلانی پیدا ہونے سے پیشتر جس سے بھیجے کے تمام حصوں کو خون یکساں طور پر تقسیم ہو سکے، چند ہفتے گزر جاتے ہیں۔ دونوں مشترک باقی شریانوں کو بند لگایا گیا ہے۔ اور نیز ایک طرف کی باقی شریان کے مرض کی وجہ سے مسدود ہونے کی حالت میں دوسری طرف کی سب باقی شریان باندھی گئی ہے، مگر کوئی نمایاں دماغی اختلالات رونما نہیں ہوئے۔ مگر جب دونوں شریانوں کے بند کرنے میں چند ہفتوں سے کم وقفہ رہا ہے تو مریض کسی حالت میں بھی رو بہ صحت نہیں ہوا۔ فقری شریانیں دماغ کو خون کی ایک کافی مقدار پہنچا سکتی ہیں بشرطیکہ ان پر باربیریج ڈالا جائے اور دماغ کو کچھ وقت دیا جائے تاکہ وہ اس تغیر سے آہستہ آہستہ موافقت پیدا کر لے۔ کتے میں چاروں کی چاروں شریانوں کو بند لگانے کے بعد شوکی اور دماغی شریانوں کا تقیم جو سوراج کبیر (foramen magnum) میں ہوتا ہے زندگی قائم رکھنے کیلئے کافی ثابت ہوا ہے (Hill: -)۔ چھوٹی دماغی شریانوں میں سے کسی ایک میں سدادات (emboli) کی واٹ لگ جانے سے عام طور پر فوراً تباہ کن نتائج پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایسی سدادات

علم الجراحات میں مشترک باقی (common carotid) شریان کے انورس کے سلسلہ میں پانی بھرتا ہے۔ ایسا بھی ہوا ہے کہ ان انورسوں کے صرف امتحان ہی کرنے میں تاجہ میں سے تھکے کا ایک ٹھونڈا سا ٹکڑا اعلیٰ دھوکہ دماغ میں چلا گیا، اور اس سے کسی ایک دماغی عرق میں ڈاٹ لگ گئی۔ چنانچہ باقی شریان کے انورس کا صرف امتحان ہی کرنے سے فالج نصفی (hemiplegia) پیدا ہو چکا ہے جیسا کہ لیڈز (Leeds) کے مسٹر ٹیل (Mr. Teale) نے ایک واقعہ میں درج کیا ہے۔ دماغ کے نبضات ایسے سلعات یا اجتماعات سیاسی ہیں جو جاتے ہیں جو کبھی کبھی روزانہ سے سطح دماغ تک پہنچ جائیں۔ ایسے نبضات شریانی نبض سے مزین ہوتے ہیں مگر دماغی نبضات کے نبض نگاری ترسیمات (sphygmographic tracings) سے بدستغنی منحنی “

(respiratory curve) بھی ظاہر ہوتا ہے جس کا بلاواسطہ ایصال صدر سے وریدوں کے اندر کے خون کے ذریعہ سے ہوتا ہے۔ ویدائی ورید (jugular vein) کے زیرین سرے پر جو مصراع ہوتا ہے وہ خون کی بلاواسطہ بازوی کو جو قلب سے دماغ کی طرف کو ہوتی ہے روکتا ہے، مگر یہ خون کے دباؤ کے انتقال کو نہیں روکتا۔

اگرچہ پیچھے کے زخموں میں سے سیلان خون بکثرت ہوتا ہے، مگر یہ سیلان بغیر کسی وقت کے بند ہو جاتا ہے، کیونکہ عروق میں فوری انقباض کی استعداد موجود ہوتی ہے۔ دماغ کے قشرہ سے بڑے بڑے سلعات کا استیصال نزف سے ضرورت سے زیادہ وقت اٹھانے بغیر کیا جاسکتا ہے۔ دماغی شریانوں کی انتہائی شاخوں کے درمیان ام حنونہ میں بکثرت تقسم پایا جاتا ہے، مگر وہ بہت چھوٹی چھوٹی شریانیں جو قشرہ کو مشعب کرتی ہیں اور اس کو رسد پہنچاتی ہیں انتہائی ہوتی ہیں۔ لہذا اگر دماغ کی سطح پر کوئی دباؤ ڈالا جائے تو اس سے قشرہ کے اس حصہ میں عدم دمویت پیدا ہو جائیگی، اور اگر یہ دباؤ اسی طرح رہے گا تو یہ حصہ تباہ ہو جائے گا۔

کسی دماغی ورید کو باندھنے سے قشرہ کے اس حصہ میں جس کی سیلیت اس میں ہوتی ہے عام طور پر زبول واقع ہو جاتا ہے (ہارسلی : Horsley)۔ دماغ کی سطح پر ہمیشہ ایک متغیر ورید ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک سے زیادہ بھی ہوتی ہیں۔ یہ ورید بالائی دماغی وریدوں کو زیرین دماغی وریدوں سے ملاتی ہیں۔ زیرین دماغی وریدیں تعداد میں چار ہوتی ہیں۔ ان میں تین صدغی اور قذالی ٹھنوں میں سے نکل کر باجی جوف میں ختم ہو جاتی ہیں، اور چوتھی سلویٹس (Sylvius) کی سطحی ورید عظم وندی کے جناح صغیر کے جوف میں جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ صدغی اور قذالی ٹھنوں کو

ان وریدوں کو منشیق کئے بغیر جو جانبی جوف سے جا کر ملتی ہیں، خیمہ (tentorium) پر سے اٹھایا نہیں جاسکتا۔

دِمینخ (cerebellum) کی تقریباً ساری وریدیں جانبی جوف پر جا کر ختم ہوتی ہیں۔ اسکی شریانیں فقری (vertebral) اور فاعدی (basilar) شریانوں سے نکلتی ہیں۔ دِمینخ، جسم اور نخاع مستطیل کو جو مختلف شریانیں رسد پہنچاتی ہیں وہ اپنی تقسیم میں انتہائی ہوتی ہیں اور اس لئے ہر عصبی مرکز اور ہر رقبہ کی عرقی رسد اپنی اپنی ہوتی ہے (سٹاپ فورڈ: Stopford)۔ دِمینخ کے سلعات سے عضلی ضعف اور بے آہنگی (inco-ordination) دوران سر، اور عدم توازن پیدا ہو جاتا ہے۔ دُودہ (vermis) یا دِمینخ کے وسطی حصہ کا تعلق دھڑ کو خمدہ کرنے کی حرکات کے ساتھ زیادہ بلا واسطہ ہے۔ جانبی لُغنتہ ہم آہنگی اور جسم کو پھیرنے کے حرکات (وہ حرکات جو دھڑ کے انتصابی محور پر کئے جاتے ہیں) سے تعلق رکھتے ہیں (ہارسلی: Horsley)۔ یہیں ایسے ثبوتوں کی بنا پر جن کی تعداد میں بتدریج اضافہ ہوتا جاتا ہے یقین ہو گیا ہے کہ دِمینخ کا منشرہ فعلی اور خطی رقبہ بات میں منقسم ہے۔



# باب چہارم

## محجر اور آنکھ

### منجبر

(ORBIT)

محجر (orbit) کے قطر مندرجہ ذیل ہیں۔ پیش پشی، تقریباً  $\frac{3}{4}$  انچ (۴۴ ملی میٹر)؛ انتصابی قاعدہ پر  $\frac{1}{4}$  انچ (۳۱ ملی میٹر) سے ذرا زیادہ؛ افقی قاعدہ پر تقریباً  $\frac{1}{4}$  انچ (۲۷ ملی میٹر)۔ گلوب کے قطریہ ہیں۔ مستعرض ۲۴ ملی میٹر؛ پیش پشی ۲۵ ملی میٹر؛ انتصابی ۲۳ ملی میٹر (براہی: Brailey)۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ منقلہ (eyeball) محجر کے اطراف کی نسبت اس کے بالائی اور زیرین حواشی کے زیادہ قریب ہوتا ہے، اور گلوب اور دیوار محجر میں سب سے زیادہ فاصلہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے۔ لہذا گلوب سے باہر کی جانب پر شکاف دینے سے محجر کے اندر تک نہایت آسانی سے رسائی ہو جاتی ہے۔ اور منقلہ کا استیصال کرنے میں عام طور پر باہر کی طرف ہی سے قینچی ڈال کر بصری عصب (optic nerve) کو کاٹا جاتا ہے۔ مگر بائیں آنکھ کو نکالتے وقت بصری عصب کو اندر کی طرف ہی سے کاٹنا زیادہ سہل ہوتا ہے۔

محجر کی عظمی دیواروں میں سے اس کا فرش، چھت، اور باخصوص اسکی اندرونی دیوار،

یہ تینوں بہت پتلے ہوتے ہیں، اس لئے جو اجسام غریبہ مجسّر میں بھونکے جائیں وہ مجسّر کا ہنہ یا ناک یا عظم مصفاقی کے خلیات میں آسانی داخل ہو جاتے ہیں، اور جب انکارخ اوپر کی طرف سے ہو تو یہ منکارہ میں پلے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۲، صفحہ ۱۱۶)۔ بہت سی مثالوں میں نیز نوک والے کسی آلہ، مثلاً جھڑی یا تلوار کا سر، مجسّر میں سے دماغ میں بھونک دیا گیا ہے، اور اس خطرناک ضرر کے کوئی خارجی نشانات باقی نہیں تھے۔ نیلٹن (Nélaton) نے ایک واقعہ کا ذکر کیا ہے جس میں داخلی سباتی (internal corotid) شریان مجسّر میں سے زخمی ہو گئی تھی۔

مجسّر کی بیرونی دیوار کا مقدم ایک تہائی حصہ صدغی حفزہ (temporal fossa)

سے عظم عارضی (عظم جنبی: os zygomaticum) کے ذریعہ سے (شکل ۱، ا) اور اس کا موخر دو تہائی حصہ کھوپڑی کے وسطی حفزہ سے جس میں صدغی لخنہ موجود ہوتا ہے، وندی کے جناح گیر کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے۔ میاں مجسّر سلمات کے دور کرنے کے لئے ایک مسلہ راستہ کروٹلین (Kronlein) نے دریافت کیا ہے، اور وہ یہ ہے کہ مجسّر کی بیرونی دیوار صدغی حفزہ میں سے کھول دی جاتی ہے۔ خود کشی کرنے، اور رنگ کے دوران میں جو زخم آتے ہیں، ان سے یہ ثابت ہوا ہے کہ گولی صدغی حفزہ میں سے داخل ہو کر مجسّر کی بیرونی دیوار میں سوراخ کرنے کے بعد مقلبا بصری عصب کو تباہ کر سکتی ہے، گرد دماغ کو چھوئے بغیر بھی چھوڑ دیتی ہے۔ صدغی لخنہ کا قطب مجسّر کے بیرونی حاشیہ کے پیچھے اس سے ۲ سے ۲.۵ سنٹی میٹر کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۶ صفحہ ۲۵، اور شکل ۱۰ صفحہ ۳۶)۔

مجسّر کی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطہ نگاہ سے دلچسپ ہیں، کیونکہ خون کے انقباض اور سلمات کی بروں بالیدیں قرب و جوار کے حفزہ جات سے اس تک پھیل سکتی ہیں، نیز مخاط یا پیپ کے اجتماع بھی مجسّر اور ام کی شکل میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ چنانچہ ایسا بھی ہوا ہے کہ صدغ پر شہید چوٹ لگنے سے خون استھانی مجسّر (inferior orbital) (وندی کی-spheno-maxillary) شقاق میں سے گذر کر مجسّر میں پہنچ گیا ہے اور اس سے زیر طبعی کدم (subconjunctival ecchymosis) پیدا ہو گیا ہے، جہی جوف کے متعدد ہونے سے خواہ یہ مخاط سے ہو (مقلب مخاطیہ: mucocoele) یا پیپ سے مجسّر کے بالائی اور اندرونی حاشیہ پر اندرونی (وسطانی) جفتی رباط کے لیول سے اوپر بعض اوقات ایک نمایاں سلہ نمودار ہو جاتا ہے، جو گلوب کو نیچے کی،

باہر کی اور آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔

مجری بصلی روا (fascia bulbi) (جس کا ذکر آئندہ آئیگا) سے پیچھے ختم کے عضلات

عروق اور اعصاب کے علاوہ بہت سے پس مجری نابتہ شحم (retro-orbital loose

(fat) سے ملو ہوتا ہے۔ اس جری کے انجذاب سے ہزال کی حالتوں میں آنکھیں دھس جاتی ہیں۔ پس بابت کی وجہ سے مجری خراج باسانی پھیل جاتا ہے۔ یہ خراج ضربات، بعض حشری التهابات، اور گروٹھی التهاب وغیرہ سے پیدا ہوتا ہے، یا متصلہ حصوں سے بھی پھیل کر پہنچ جاتا ہے۔ پسب سے بعض اوقات تمام کھنڈر ہو جاتا ہے جس سے منقلہ آگے کی طرف کو نکل آتا ہے، اور اس کے حرکات محدود ہو جاتے ہیں۔ اور دورانِ حق میں غل آنے کی وجہ سے لقمہ میں بہت سی سرخی پیدا ہو جاتی ہے، اور پوٹوں میں ورم آ جاتا ہے۔ مزید برآں پس مجری شحم میں خیر انگیز جسامت اور عجیب و غریب شکل کے اجسام غریبہ بھی غالباً ایک طویل عرصہ تک پڑے رہتے ہیں اور ان سے کوئی نمایاں علامات نمودار نہیں ہوتے۔ چنانچہ لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں ٹوپی ٹانگنے کی ایک آہنی کھونٹی کا ۳ انچ لمبا کڑا زخم کو معلوم ہونے کے بغیر ہی اسکی آنکھ میں کئی دن تک رہا۔ اور فورنوجارڈن (Fournieux Jordon) نے ایک خرمین کو ب کا واقعہ درج کیا ہے جس میں شدید رمد (ophthalmia) پیدا ہو گیا تھا، اور صرف چند ہفتہ بعد جبکہ وہ اپنے زیریں پوٹوں کو انگلی سے دبا رہا تھا تو ”گرم پسب کے ایک آرام دہ مہاد پر سے گندم کا ایک دانہ دفعۃً باہر نکل آیا جس سے ایک مضبوط سبز کلابھی پھوٹ آیا تھا“۔ مزید برآں پس مجری شحم میں امجر کی اندرونی دیوار کے کسور کے بعد جس سے انفی حفرہ جات اور اجواف بھی ماؤف ہو جاتے ہیں ایک وسیع نفاخ (emphysema) بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ داخل شدہ ہوا سے بعض اوقات گلوب بروز کر آتا ہے، اور بعض اوقات اسکی حرکتیں محدود ہو جاتی ہیں، اور بعض اوقات یہ پوٹوں تک بھی پھیل جاتی ہے۔ ناک صاف کرنے پر یہ ہر حالت میں زیادہ ہو جاتا ہے۔

علاوہ ازیں مجری شحم بڑھتے ہوئے سلعات کے لئے ایک عمدہ گہوارہ ہے۔ سلعہ مندرجہ ذیل

مقامات میں سے پھیل کر مجری پر باسانی حملہ آور ہو سکتا ہے۔ (۱) کھوپڑی کے قاعدہ سے، (۲) انفی

حفرہ جات سے، (۳) نکی مفارہ سے، یا (۴) صدغی یا زیر صدغی (وجنی) حفرہ جات سے۔

ان مثالوں میں سے کسی ایک میں بھی بالید ہڈی کی ان قلی تہوں کو جو درمیان میں داخل ہوتی ہیں، تباہ کر کے مجری میں داخل ہو سکتی ہے۔ اور نکی مفارہ کے سلعات کے مجری میں داخل ہو کر یکا عام طریقہ

یہی ہے۔ علاوہ انہیں سلعہ مجھی کہہ میں سے سوراخ بصری (optic foramen) یا فو قانی بصری (superior orbital) (و ندی: sphenoidal) شقاق میں سے گذر کر اور ناک میں سے انہی دمی قنات (nasal-lacrimal duct) میں سے گذر کر اور مذکورہ بالا دونوں حقہ جات میں سے تحتانی بصری (inferior orbital) (و ندی: sphenomaxillary) شقاق میں سے گذر کر مجھ میں زیادہ آسانی سے پہنچ سکتا ہے۔ مزید برآں سلعات کی ابتدا عجمی (ivory exostosis) کی شکل میں مجھ میں سے بھی ہو سکتی ہے۔ مجھ کی ہڈیاں کا سہ مسر (calvarium) اور خارجی سمعی منفذ (سماخ) کی ہڈیوں کے ساتھ اس قسم کے عظمی سلعات کی کوین کی طرف ایک خاص میلان رکھنے میں شریک ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد اس سلعہ سے مجھ کی ہڈی بالکل پر ہو جاتا ہے۔

بصلی ردا (fascia bulbi) (ٹینن: Tenon) کا کیسہ)۔ اس ساخت کو

62

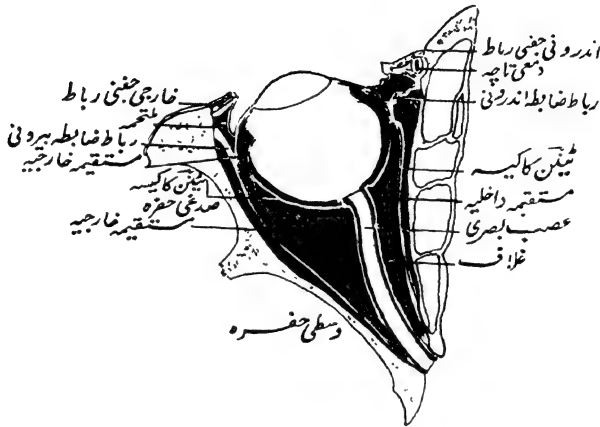
بہتر یہی طور پر لاک وڈ (Lockwood) نے بیان کیا ہے جس کی تحقیقات میں سے پروفیسر کننگھم (Prof. Cunningham) نے مندرجہ ذیل خلاصہ پیش کیا ہے:-

”یہ کیسہ ایک عظم اور ڈھیلی ڈھالی غشا ہے جو گلوب کے موخر پہ حصہ پر پھیلی ہوتی ہے۔ اور اس سے صرف قرنیہ ہی آزاد ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف یہ چشمی لقمہ کے نیچے واقع ہوتا ہے جس سے یہ مضبوطی سے چوستہ ہوتا ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے نزدیک یہ اسی سے مل کر ختم ہو جاتا ہے (شکل ۱۴)۔ پیچھے کی طرف جہاں عصب بصری صلیبیہ میں سے گذرتا ہے وہاں کیسا کیسا غلاف سے متحد ہو جاتا ہے۔ اس غشا کی وہ سطح جو گلوب کی طرف ہوتی ہے وہ صاف ہوتی ہے، اور وہ منقہ کے ساتھ تھوڑی سی نرم اور ڈھیلی نضائی بافت کے ذریعہ سے چپکی ہوتی ہے۔ لہذا اس سے گلوب کے لئے ایک قسم کا گنبد یا ایک طرح کا وقب (socket) یا درجک بن جاتی ہے جس میں یہ حرکت کرتا ہے۔ کیسہ کی موخر سطح مجھ کی شحم سے مل کر رہتی ہے۔ چشمی عضلات کے اوتار اس کیسہ کو گلوب کے خط استوا کے مقابل منقش کرتے ہیں (شکل ۱۵)۔ اور ان قنات کے لب جن میں سے چاروں عضلات مستقیم گزرتے ہیں پیچھے کی طرف کو عضلات پر غلافوں کی شکل میں بہت کچھ اسی طرح بڑھ جاتے ہیں جس طرح کہ داخلی منوی ردا داخلی حلقہ سے جل منوی پر بڑھ آتی ہے۔“

63

جہاں داخلی اور خارجی مستقیم عضلات کیسہ کو منقش کرتے ہیں وہاں کیسہ کی مضبوط اطالیتیں مجھ کی اندرونی اور بیرونی دیوار تک پھیل جاتی ہیں۔ چونکہ یہ اطالیتیں دونوں مستقیم

عضلات کے فعل کو محدود کر دیتی ہیں، اسلئے انکو رباطات مضابط (check ligaments) کے نام موسوم کیا گیا ہے (شکل ۱۷)۔ یہ قرنیہ کی ایک جانب سے دوسری جانب کی حرکت کو ۴۵ درجہ تک ہونے دیتے ہیں۔ خارجی رباط مضابط زیادہ مضبوط ہوتا ہے اور وہ خارجی دیوار سے خارجی جفنی سیون (external palpebral raphi) (جفنی رباط : tarsal ligament) کے سین پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اندرونی رباط کی چسپیدگی دمئی تاجہ کے پیچھے کیلبرف اس کے



شکل ۱۷ ٹینن (Tenon) کے کیسہ (بصلی ردا : fascia bulbi) اور رباطات مضابط کی ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔

مقلد ہر کیلبرف پورا ہوا ہے اور اسی لئے خارجی رباط مضابط تیندہ ہے اور داخلی ڈھیلہ ہے۔

قریب ہی واقع ہوتی ہے۔ کیسہ کی ایک اطالت فوقانی مورب عضلہ (superior oblique) کے

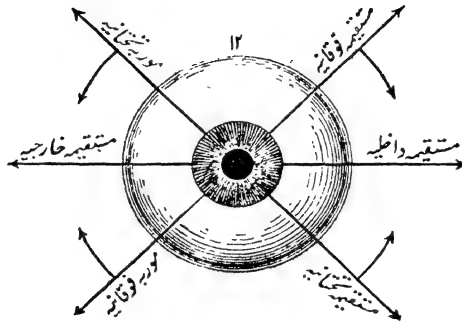
گرد ہو کر بکرہ (trochlea) تک چلی جاتی ہے۔ مقلد کا تعلیقی رباط (suspensory

ligament) مجر کی ایک طرف سے دوسری طرف تک جھولن کھٹولے کیلبرف تنہا ہوتا ہے، اور

مقلد کو سہارے رکھتا ہے۔ یہ حقیقتہً بصلی ردا (fascia bulbi) کا زیرین حصہ ہی ہوتا ہے جس میں دبائر

پائی جاتی ہے، اور یہ مجری دیواروں سے داخلی اور خارجی رباطات مضابط سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اوپر کا جہز در در کرتے وقت جراح کو چاہئے کہ وہ تعلیقی رباط کی چسپیدگیوں کو محفوظ رکھنے

کے لئے احتیاط سے کام لے۔ اگرچہ سپیڈیگیاں تباہ ہو جائیں گی تو مقلد نیچے کی طرف کو گر جائیگا۔  
 خول (squint) کے لئے عملیات سرانجام دیتے وقت بصری (fascia bulbi) کے اس قریبی تعلق کو جو اسکو مقلد، ملتحمہ، مجھری عضلات اور دیوار ہائے مجھری سے ہوتا ہے یا درکھنا چاہئے۔



شکل ۱۸ مجھری عضلات کے فعل کو ظاہر کرتی ہے (دائیں آنکھ)۔ سیدھے تیراں سمت کو ظاہر کرتے ہیں جیسے قریب حرکت کرتا ہے یعنی جس طرف آنکھ دیکھتی ہے۔ معنی تیراں گردش کے رخ کو ظاہر کرتے ہیں جو پیش پس محور پر واقع ہوتی ہے۔ چنانچہ فوقانی موربہ عضلہ آنکھ کو نیچے اور باہر کی طرف کو حرکت دیتا ہے اور اسے اندر کی طرف کو گھماتا ہے۔ حرکت کا نقطہ ابتدا ۱۲ بجے کا مقام ہے۔

(ڈاکٹر ای۔ ولف: E. Wolff کی عنایت سے۔)

شکل ۱۹ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جب عضلہ مستقیم کا وتر ٹینن (Tenon) کے کیسہ میں کاٹ دیا جاتا ہے تو اس کے خلاف اوپر کیسہ میں سلسل باقی رہنے کی وجہ سے اسکی چسپیدگی مقلد اور ملتحمہ سے اور نیز رابطات ضابطہ کے ذریعہ سے دیوار ہائے مجھری سے برقرار رہتی ہے۔ لہذا جب کسی عضلہ کا وتر مکمل طور پر کاٹ دیا جاتا ہے تو یہ مقلد پر اپنا فعل کر سکتا ہے۔ اور اسکی مکمل باز کشیدگی رابطات ضابطہ سے رک جاتی ہے۔

## 64 مجری عضلات (orbital muscles) چاروں مستقیم عضلات باریک اور

چپے غشائی اوتار پر ختم ہوتے ہیں۔ سول الحین (strabismus) کے علاج کے لئے خارجی یا داخلی مستقیم عضلہ کا وٹراکٹر کاٹ دیا جاتا ہے۔ ان اوتار کا عرض ۷ ملی میٹر سے لیکر ۹ ملی میٹر تک ہوتا ہے اور یہ قرنیہ کے نزدیک مصلب پر ختم ہوتے ہیں۔ داخلی مستقیم عضلہ قرنیہ کے حاشیہ سے ۵ و ۶ ملی میٹر اور خارجی مستقیم عضلہ ۶ و ۷ ملی میٹر اور تحتانی ۷ و ۸ ملی میٹر اور فوقانی ۸ ملی میٹر کے فاصلہ پر ختم ہوتا ہے۔

داخلی اور خارجی مستقیم عضلات متقلہ کو خالصتہ اندر اور باہر کی طرف کو گردش دینے والے عضلات ہیں اور ان کے مقابلہ میں فوقانی اور تحتانی مستقیم عضلات اپنے خطوط کشش کی وجہ سے متقلہ کو اندر کی طرف اور اوپر کی طرف اور نیچے کی طرف کو گردش دینے والے عضلات ہیں۔ ان کے اندر کی طرف کو گردش دینے کے رجحان کا مقابلہ دو عضلات موربہ (oblique muscles) کرتے ہیں جو متقلہ کو باہر کی طرف اور نیز اوپر کی اور نیچے کی طرف کو گھمانے کا کام دیتے ہیں۔

65 شکل ۱۸ سے مجری عضلات کے افعال کی وضاحت میں مدد ملے گی۔ مزدوج افقی حرکات جو دائیں اور بائیں جانب کو ہوتے ہیں داخلی اور خارجی مستقیم عضلات سے عمل میں آتے ہیں۔ جب قرنیہ اوپر کی طرف کو اٹھتا ہے تو اس وقت تحتانی موربہ اور فوقانی مستقیم عضلہ فعل کرتے ہیں۔ انہیں سے پہلا عضلہ قرنیہ کو صدغی سمت میں حرکت دینے کی اور دوسرا انفری سمت میں حرکت دینے کی کوشش کرتا ہے قرنیہ کو نیچے کی طرف لانے میں دو عضلات کام کرتے ہیں، عضلہ مستقیمہ تحتانیہ (inferior rectus) اور عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique)۔ انہیں سے پہلا حرکات کو انفری سمت میں منصرف کرتا ہے اور دوسرا عارضی سمت میں ٹیبل دائیں اور بائیں طرفوں کے ان عضلات کو جمی بنا کر کرتی ہے، جو مزدوج حرکات میں ہم آہنگ ہوتے ہیں چنانچہ آنکھوں کو نیچے کی اور دائیں طرف کو پھیرنے میں دائیں طرف کا موربہ فوقانیہ (superior oblique) بائیں طرف کے عضلہ مستقیمہ تحتانیہ (inferior rectus) کے ساتھ فعل کرتا ہے۔ اگر انہیں سے ایک عضلہ مشلول ہو جائے تو یہ حرکت سرانجام دینے پر دو نظری یعنی ازدواج البصر (diplopia) پیدا ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ ضروریاد رکھنا چاہئے کہ ان تمام حرکتوں کے دوران میں وہ عضلہ جس سے مثبت فعل صادر ہوتا ہے اپنے عضلہ مفاد سے مجبوری فعل سرانجام دیتا ہے

منقبض رہتا ہے۔ اگر عضلہ منقبض نہ ہو جائے تو فعال عضلہ متقلہ کو اس حد تک کھینچ لیتا ہے کہ رباط فلٹا اسکی حرکت کو مانع آتا ہے۔ دوران حیات میں تمام مہجری عضلات ایک تنش کی حالت میں ہوتے ہیں اور متقلہ پر ایک خاص دباؤ بھی ڈالتے ہیں۔

## مہجری عروق خون (orbital blood vessels) - دوران مرض میں

ان عروق میں مداخلت ہونے سے ایسے امارات پیدا ہو سکتے ہیں جو تشخیصی نقطہ نگاہ سے اہم ہوتے ہیں مہجری شریانیں چھوٹی چھوٹی ہوتی ہیں اور گلوب کا استیصال کرتے وقت انکو کاٹنے سے شاذ و نادر ہی کوئی تکلیف پیدا ہوتی ہے کیونکہ مہجری دیواروں پر انکو آسانی مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ اس حصہ کے نابض سلعات یا تو کسی مہجری شریان کے ضربی انورسمات کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں اور یا کسی ایسے شریانی وریدی انورسمات پر منحصر ہوتے ہیں جو داخلہ سباتی (internal carotid) شریان اور کہنکی جوف (cavernous sinus) کے درمیان بگلیا ہو۔ مزید برآں داخلہ سباتی (internal carotid) عرق کے کسی انورسمات کا دباؤ یعنی ورید (ophthalmic vein) پر اس مقام پر پڑنے سے جہاں یہ جوف میں داخل ہوتی ہے ویسے ہی سب علامات پیدا ہو سکتے ہیں جو نابض مہجری سلعات میں پائے جاتے ہیں کہنکی جوف (cavernous sinus) کی علقتیت یعنی وریدوں (ophthalmic veins) میں اتساع اور جھوٹا (proptosis) پیدا کر دیتی ہے۔

66

## مہجری اعصاب (orbital nerves) کو مہجریں زخم آنے یا مہجرا ورنہ

کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہونے کی حالت میں نقصان پہنچ جاتا ہے اور مختلف حصوں کے سلعات، انورسمات، زخمی اور الہتابی انصابات بھی بعض اوقات انپر دباؤ ڈال دیتے ہیں۔ چنانچہ لوسن (Lawson) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس میں اوپر کے پونے پر سے ایک ہٹول ننگے سے عصب بصری (optic nerve) گلوب کے مجروح ہونے اور کسی ہڈی میں کسور واقع ہونے کے بغیر ہی کٹ گیا تھا۔ نیز یہی عصب مہجری کسور میں بھی سوزا مکمل طور پر دریدہ ہو چکا ہے، اور جو کسور عظم و تدی کے جلد صغیر پر اثر انداز ہوتے ہیں انہیں اسپر دباؤ بھی پڑ چکا ہے۔ سی۔ سی۔ چوائس کے مشاہدہ میں ایک مریض آیا ہے جس میں کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہونے کی صرف یہی ایک علامت تھی کہ مدقہ میں قہست اتساع پایا جاتا تھا۔ امتحان کرنے سے ثابت ہوا کہ



مریض اب ایک آنکھ سے اندھا تھا۔ اور اس امر کا اسے علم نہیں تھا اور اس کے بعد بصری بول (optic atrophy) شروع ہو گیا۔ جس مقام پر تیسرے چوتھے اور چھٹے عصب اور پانچویں عصب کی پہلی قسمت کا علاقہ کہنکی جوف (cavernous sinus) سے ہوتا ہے وہاں پر سب اعصاب ایسے انورسما سے جو داخلی سباتی (internal carotid) شریان کے سلسلہ میں ہو، ماؤف ہو سکتے ہیں۔ مزید برآں یہ کسی ایسی بالید سے بھی جو تحتانی مجری شقاق (inferior orbital fissure) کے سلسلہ میں ہو، مثلاً شقاق مذکور کے حاشیہ سے پیدا شدہ گردِ غلمی کریب) دب جاتے ہیں۔ اور چھٹا عصب کو پری کے قاعدہ سے بہت قریبی تعلق رکھنے کی وجہ سے اس کے کسر میں بلا واسطہ طور پر عرضاً چٹ چکا ہے۔ (پریسیکٹ ہیوٹ: Prescott Hewett) -

**تیسرے عصب کے شلل میں** اوپر کا پونٹا گر پڑتا ہے۔ (منقوط البص: ptosis)

آنکھ تقریباً ساکن ہوتی ہے اور عضلہ مستقیمہ خارجہ (external rectus) کے غیر متخالف فعل کی وجہ سے اس میں منفرج خول پایا جاتا ہے اور نہ یہ اندر اور اوپر کی طرف ہلائی جاسکتی ہے اور نہ براہ راست نیچے کی طرف۔ مگر عضلہ موربہ فوقانیہ (superior oblique) اور عضلہ مستقیمہ خارجہ (outer rectus) سے نیچے اور باہر کے رخ میں گردش کیجا سکتی ہے۔ حد قسح اور مثبت ہوتا ہے اور قوت توفیق میں بہت نقص آجاتا ہے۔ ازدواج البصر (diplopia) موجود ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلات تقیم کے ڈھیلے ہو جانے سے گلوب کا کستقد بروز بھی پایا جاتا ہے۔ یہ علامات عصب مذکور کے مکمل شلل کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ جزوی شلل کی حالت میں مذکورہ علامات میں سے صرف ایک دو علامات ہی موجود ہوتے ہیں۔

**چوتھے عصب کے شلل میں** اکثر کوئی تغیر دکھائی نہیں دیتا۔ کیونکہ عضلہ

موربہ فوقانیہ (superior oblique) (جنکو اس عصب سے رسد پہنچتی ہی فعل کی سرخدا ہی کسی حد تک بدیلی طور پر بھی عمل میں آجاتی ہے) آنکھ کی حرکت پذیری میں عام طور پر بہت خفیف سا نقص واقع ہوتا ہے اور یہ جتنا بھی موجود ہوتا ہے زیادہ تر زمین نظر کے اندرونی اور زیرین زاویہ میں ہوتا ہے۔ معروض کو نیچا کرنے سے آنکھ اندر اور اوپر کی طرف کو منحرف ہو جاتی ہے اور جب معروض کو تندرست جانب کی طرف دور تک لے جائیں تو یہ صرف اوپر کی طرف کو ہی منحرف ہوتی ہے

(ارتب: Erb)۔ بہر حال گلوب کی بعض وضعوں میں ازدواج البصر خاص طور پر نمودار ہوگا۔

## چھٹے عصب کے شلل میں مسترق حوالہ عین موجود ہوتا ہے اور اسلئے

ازدواج البصر (diplopia) بھی پایا جاتا ہے اور نیز انکے کو براہ راست باہر کی طرف گردش بھی نہیں دیا جاسکتی۔ چھٹے عصب کے شلل کے ساتھ بعض اوقات طرف مقابل کے داخلی عضلہ مستقیمہ کے عصب کا شلل بھی موجود ہوتا ہے اور اس سے آنکھوں کا مزدوج انحراف (conjugate deviation) پیدا ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت چھٹے عصب کے نوات کے ضرر پر ولالت کرتی ہے کیونکہ داخلی عضلہ مستقیمہ کے لئے جو عصبی ریشے نکلتے ہیں وہ اگرچہ تیسرے عصب کے ہمراہ باہر آتے ہیں مگر انکی ابتدا چھٹے عصب کی ابتدا کے ساتھ ہی ہوتی ہے۔

## بعض اوقات آنکھ کے تمام محرک العین (oculo-motor) اعصاب

شلول ہو جاتے ہیں اور ایسی حالتوں میں ضرر غالباً انکے مبداء کے نوات میں یا کہفکی جوف (cavernous sinus) میں مکی دیواروں میں یہ اعصاب قریب قریب پڑے ہوتے ہیں واقع ہوتا ہے۔

## پانچویں عصب کی قسمت اول کے شلل میں تمام طعنے کی ص

سوائے اس حصہ کے جس سوئیچے کا پیوٹا ڈھکا ہوتا ہے (جسکو تحتانی مجری عصب کی جفنی شاخ سے رسد پہنچتی ہے) اور گلوب کی اور اس جلد کی ص جس کو فوق بکری (supratrochlear) یا فوق مجری (supraorbital) عصب سے رسد پہنچتی ہے اور نیز مغالی اور جلدی سطحوں کی ص جسکو انفی (nasal) (انفی ہدی: naso-ciliary) عصب رسد پہنچاتا ہے مفقود ہو جاتی ہے۔ عدم حیثیت کا رقبہ عصب کے تشریحی تفرع سے بہت کم ہوتا ہے، کیونکہ کچھ حصہ پر جلدی اعصاب کا تراکب بھی موجود ہوتا ہے۔ طعنے کو خراش پہنچانے پر کوئی معکوس حرکت (مثلاً آنکھ جھپکنے کی) واقع نہیں ہوتی۔ مگر آنکھ پر نیز روشنی ڈالنے سے مریض آنکھ جھپک لیتا ہے کیونکہ اس حالت میں عصب بصری اس اثر کو عصب وجہی کے نوات تک منتقل کر دیتا ہے۔ ناک کے مقدم حصہ کی غشائے مغالی کو خراش پہنچانے سے جھپکنے بھی نہیں لائی جاسکتی۔ اس شلل سے بعد

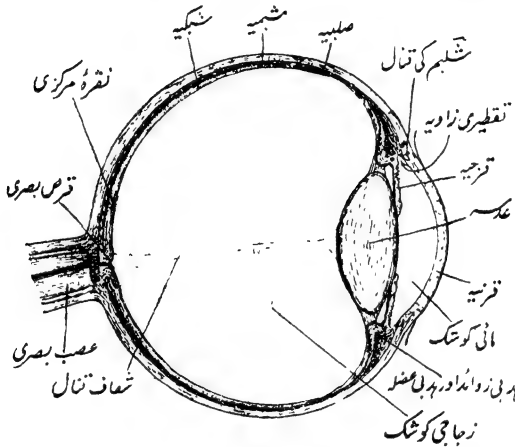
بعض اوقات قرنیہ میں ایک تباہ کن تفرج رونما ہو جاتا ہے، جو کسی حد تک عصب مشلول کی ان پرورشی شاخوں کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتا ہے جو اس میں موجود ہوتی ہیں۔ اور کسی حد تک عدم حسیت کے واقع ہو جانے سے بھی پیدا ہوتا ہے جس سے حصص کو آسانی ضرر پہنچ سکتا ہے اور نیز یہ کسی حد تک حسی اعصاب کے اس معکوس اثر کے غائب ہو جانے سے بھی ظاہر ہوتا ہے جو یہ عروق خون کے قطر یہ پر رکھتے ہیں اور جس سے الہتاب بے روک بڑھتا چلا جاتا ہے، مثیل شب: (Nettleship)۔

### عنفی مشار کی اعصاب کے شل میں جنفی شقاق (palpebral fissure)

(fissure) اوپر کے پوٹے کے کسی حد تک گر جانے سے تنگ ہو جاتا ہے اور گلوب مجھ میں واضح طور پر پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور نیز قزحیہ کے موسع عضلہ کے شل سے جس کو مشار کی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے حد تک کسی قدر تنگ ہو جاتا ہے۔ اوپر کے پوٹے کے گرنے کی توجیہ اس امر سے کی جاسکتی ہے کہ ہر ایک پوٹے میں غیر مخطوط عضلی ریشہ کی ایک تہ موجود ہوتی ہے۔ اوپر کے پوٹے کی یہ ترافع الجفن (levator palpebrae) کی اندر کی سطح سے پیدا ہوتی ہے اور جنفی غضروف سے اس کے بالائی حاشیہ کے قریب پیوستہ ہوتی ہے (شکل ۲۱ صفحہ ۸۶)۔ عضلہ کی یہ تہ جو اپنے فعل کے دوران میں پوٹے کو اوپر اٹھائے رکھتی ہے عنفی مشار کی کے زیر اثر ہوتی ہے۔ گلوب کے پیچھے کی طرف ہٹنے کے متعلق بعض کا یہ خیال ہے کہ اس کا باعث عضلہ مجھریہ (orbitalis muscle) کا شل ہوتا ہے۔ یہ عضلہ جو تحتانی مجھری شقاق (inferior orbital fissure) کے اوپر کی طرح واقع ہوتا ہے غیر مخطوط ریشہ جات سے مرکب ہوتا ہے۔ اور اس کی عصبی رسد مشار کی سے آتی ہے۔ اس عضلہ کے انقباض سے (جیسا کہ یہ حیوانات میں عنفی مشار کی کے مہمان سے پیدا کیا جاتا ہے) گلوب کا بروز واقع ہو جاتا ہے۔ اور گردن میں مشار کی کو کاٹ دینے سے مقلد باز کشیدہ ہو جاتا ہے (کلڈ برنارڈ: Claude Bernard) گلوب کے عروق خون کے قطر یہ میں کوئی تغیر دیکھنے میں نہیں آتا۔ غیر مخطوط عضلہ درون مجھری دباؤ کو برقرار رکھتا ہے اور اس لئے عینی دریدوں میں سے خون کو واپس جانے میں مدد دیتا ہے۔ حیوانات مثلاً بیل میں جن میں مجھ کی وریدیں سر نیچے رکھنے میں جیسا کہ چرنے میں رہتا ہے قسح ہو جاتی ہیں، عضلی نظام بہت نمایاں ہوتا ہے۔

## مقلہ (EYEBALL) (شکل ۱۹)

**قرنیہ (cornea)** قرنیہ کی دبازت ۹.۵ ملی میٹر (جو مرکز پر ہوتی ہے) سے لیکر ۱۱.۵ ملی میٹر تک (جو محیط پر ہوتی ہے) ہوتی ہے۔ اسکی دبازت کے متعلق ذرا سا دھوکہ ہونے کا



شکل ۱۹ مقلہ کی افقی تراش جو عدسہ کے تعلیقی رباط، مانی اور زجاجی کو شکوں عصب بصری کے مقام دخول اور نقرہ مرکزی کو ظاہر کرتی ہے۔

(شیفٹر: Schaffer کے مطابق)۔

احتمال ہوتا ہے اور قرنیہ میں چاقو داخل کرتے وقت اسے مناسب زاویہ پر نہ رکھا جائے تو بعض اوقات تھوڑے فاصلہ تک اسکے درقوں میں چلا جاتا ہے۔

70

**قرنیہ کی ترکیب**۔ سامنے کی طرف میطبق مرحلہ سے ڈھکا ہوتا ہے۔ اور

اس تکے دور ہو جانے اور دوران اندمال میں اسکے اپنی جگہ پر پھر قائم ہو جانے سے بعض وقت ایک بد نمائندہ پیدا ہو جاتا ہے جو بصارت میں بھی خلل انداز ہوتا ہے۔ جب کوکین (cocaine) کے زیر اثر کوئی جسم غریب نکالا جائے تو غیر حساس سطح کو ایسے ضرر کے اثر سے بچانے کے لئے جو

گرد پڑنے یا ملنے سے پیدا ہو جاتا ہے ضروری تدابیر اختیار کرنا چاہئیں۔ کیونکہ اس قسم کی احتیاط کے عمل میں نہ لانے سے کوئچ قرنیہ خراشیدگیاں پیدا ہو چکی ہیں، جن سے بعد میں آبیا ضعی (leucomatous) قطعات بٹگئے ہیں۔ مزید برآں جب یہ تہ خراشیدگی سے علیحدہ ہو جاتی ہے تو ایسی صورت میں جبکہ سیدہ کے گوشوں کا استعمال جاری ہو معرہ قرنیہ بافت پر سببہ کے الماح فراہم ہو جاتے ہیں۔

قرنیہ کا بیشتر حصہ کثیر التعداد یعنی درنچوں سے مرکب ہوتا ہے اور ان درنچوں کے درمیان متغتم خلوی فضا میں ہوتی ہیں جنہیں قرنیہ جسیمہ جات موجود ہوتے ہیں۔ اگر کسی تلی ہی ہچکا پڑا کا سر قرنیہ بافت میں داخل کر دیا جائے تو لسانی فضاؤں کے جال کو اشراب سے پر کیا جاسکتا ہے جب قرنیہ کی اصلی بافت میں نفع واقع ہو جاتا ہے تو پیپ غالباً انہی قنالوں کے ذریعہ پھیلی ہے جو التهاب کی وجہ سے متغیر حالت میں ہوتی ہیں اور اس طرح ظفر (onyx) پیدا ہو جاتا ہے۔

قرنیہ میں سوائے اسکے محیط کے جہاں صلبیہ اور ملتحمہ کے عروق شعریہ جنہوں کی شکل میں ختم ہو جاتے ہیں عروق خون کا شاخہ تک بھی موجود نہیں ہوتا۔ مگر خون کی بلا واسطہ رسد کی عدم موجودگی کے باوجود قرنیہ کے زخم بخوبی مندمل ہو جاتے ہیں۔ حالت التهاب میں قرنیہ کی

بافت ہمیشہ غیر شفاف ہو جاتی ہے۔ رخنکی التهاب قرنیہ (interstitial keratitis)

(keratitis) میں عروق خون قرنیہ کے حاشیہ سے اسکے جسم میں کچھ فاصلہ تک گزر جاتے ہیں۔ چونکہ یہ عروق سطح سے کچھ نیچے واقع ہوتے ہیں اور دھندلی قرنیہ بافت سے جو مرض کا نتیجہ ہوتی ہے دھکے ہوتے ہیں اسلئے انکا قرمزی رنگ ایک بڑی حد تک ماند پڑ جاتا ہے اور اس قسم کے عروق کا ڈورا سامنی قطعہ (Salmon patch) کہلاتا ہے۔ بل (pannus) میں قرنیہ میں عروق خون پائے جاتے ہیں مگر اس حالت میں سبب خراش کی وجہ سے جو عروق گرد و فواح کی ملتحمہ تریا کو سے پیدا ہو جاتے ہیں وہ قرنیہ کو اسکی مرطوبی پوشش کے نیچے سے گذر کر عبور کرتے ہیں۔ اور اصلی قرنیہ

اس حالت میں بھی ویسا ہی بے خون رہ جاتا ہے جیسا کہ پہلے تھا۔ قوس پیری (arcus senilis)

کی اصطلاح کا اطلاق ان دو کم چوڑے سفید ہلالوں پر ہوتا ہے جو لوڑھے اشخاص میں اور مرضی حالتوں میں قرنیہ کے محیط کے ذرا اندر نمودار ہو جاتے ہیں۔ یہ قرنیہ بافت کے شحمی انحطاط سے پیدا ہوتے ہیں

اور یہ تغیر قرنیہ کی ان تہوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے جو مقدم لچکا دار ورقہ کے عین نیچے ہوتی ہیں، یعنی اس حصہ میں جو حاشیہ عروق خون کے سب سے زیادہ زیر اثر ہوتا ہے۔

**قرنیہ میں اعصاب کی رسد بافراط پائی جاتی ہے۔** اور انکی تعداد تخمیناً چالیس اور پچاس کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ اعصاب ہڈی اعصاب (ciliary nerves) سے نکلتے ہیں اور صلبلیہ کے اگلے حصہ میں سے گذر کر قرنیہ میں داخل ہو جاتے ہیں اور منقسم ہو کر اس طبقہ کے ہر ایک حصہ میں پہنچ جاتے ہیں۔ یہ اعصاب لمس حرارت اور سردی کے لئے حساس نہیں ہوتے بلکہ صرف درد انگیز ہیجانات کے لئے ہی حساس ہوتے ہیں سبز موتیا (glaucoma) میں جو ایک ایسا مرض ہے جسکے مظاہر کا انحصار بیش از حد درون چشمی دباؤ پر ہوتا ہے قرنیہ عریض ہو جاتا ہے اور اسکی عدم حدیت کا انحصار اس دباؤ پر ہوتا ہے جو ہڈی اعصاب (ciliary nerves) پر انکی شاخوں کے قرنیہ تک پہنچنے سے پہلے ہی پڑتا ہے (نیز دیکھو مقدمہ کی عصبی رسد صفحہ ۷۶)۔

### صلبلیہ (sclera) شبیمیہ (choroid) اور قرنیہ (iris) - صلبلیہ

(sclera or sclerotic) کچھ کی طرف زیادہ سے زیادہ موٹا ہوتا ہے۔ اور قرنیہ سے تقریباً اسی طرح کے فاصلہ پر باریک ترین ہوتا ہے۔ گلوب کے ضرب سے مشق ہونے کی حالت میں صلبلیہ ہی نہایت کثرت سے چھٹتا ہے اور چاک بالعموم قرنیہ سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ یعنی یہ اس طبقہ کے باریک ترین حصہ میں ظاہر ہوتا ہے یعنی اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ صلبلیہ چھٹ جاتا ہے اور غیر تیندہ ملتحمہ میں انشقاق واقع نہیں ہوتا۔ ایسی حالت میں کبھی کبھی عدسہ صلبلیہ کے چاک سے نکل آتا ہے اور ملتحمہ کے نیچے موجود پایا جاتا ہے۔ بصری عصب (optic nerve) کے داخل ہونے کے مقام پر صلبلیہ پتلا ہوتا ہے اور عصبی بندلوں کے گذرنے کے لئے اس میں کثیر التعداد سوراخ ہوتے ہیں سیکڑور حصہ اور قرنیہ بالین (lamina cribrosa) سبز موتیا (glaucoma) میں ایک اہم فعل سرانجام دیتا ہے (صفحہ ۸۳) اور بصری حلیمہ (optic papilla) کے نقطہ دار دکھائی دینے کا باعث ہی ہوتا ہے۔ بریلی (Brailly) یہ بیان کرتا ہے کہ صلبلیہ کے جانبی حصے اوپر اور نیچے کے حصوں کی نسبت پتلے ہوتے ہیں۔ تختائی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور بیرونی دیوار سب سے زیادہ پتلی ہوتی ہے اور اسکی یہی وجہ ہے کہ درون چشمی دباؤ کے اثر سے آنکھ انتصابی رخ کی نسبت جابنیں پر زیادہ بھیلتی ہے۔ جن عوارض چشم میں درون چشمی تناؤ

بڑھا ہوتا ہے (سبز موتیا وغیرہ) انہیں شدید درد کے (جو اعصاب پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتا ہے) محسوس ہونے کی ایک بڑی وجہ لازمی طور پر مصلبیہ کی سمعتی اور اسکا کڑا پن اور کشفت ہی ہوتی ہے۔

**مشیمیا (choroid)** گلوب کا عرق طبقہ ہے۔ اور اسکی بڑے بڑے عروق خون کا حامل ہیں۔ مشیمیا اور مصلبیہ کے درمیان دو باریک غنائیں فوق مشیمیہ و رتہ (lamina suprachoroidea) اور ورقہ اسمر (lamina fusca) ہوتی ہیں۔ یہ ڈیسیلی ڈسالی فضائی بافت کی ہیں، جو کاسٹر درجہ سے بنا ہوتا ہے۔ شوالب (Schwalbe) کی نوع مشیمتی لغی فضا (suprachoroid lymphatic space) انہی کے درمیان ہوتی ہے۔ لہذا نظرات گلوب کی حالت میں ان دونوں طبقات کے درمیان زرف بکثرت واقع ہو سکتا ہے، اور ایسا زرف حقیقتہً چشمی تناؤ کی فوری تخفیف کا بھی جو قزحیہ برآری (iridectomy) یا موتیا بند نکالنے (cataract extraction) کے عملیات سے عمل میں آجاتی ہے نتیجہ ہو سکتا ہے۔ مگر واقعہ یہ ہے کہ اس قسم کے زرف کے ظاہر ہونے کا زیادہ تر احتمال زجاجیہ (vitreous) میں ہی ہوتا ہے۔ آنکھ کے اگلے حصہ پر ضرب لگنے سے صرف مشیمیا بھی (زیادہ تر موزو حصہ پر) مشتق ہو چکا ہے۔ چونکہ مشیمیا میں لون بکثرت موجود ہوتا ہے، اس لئے یہ جسم کے ان حصوں میں سے ایک ہے جنہیں ملانینی (melanotic) بالیدیں ابتدائی طور پر واقع ہو سکتی ہیں۔ مشیمیا کی یہ بالیدیں غالباً لحم سلمی ہوتی ہیں، اور ان سے جگر میں انتقالی بالیدوں کے پیدا ہو جانے کا ایک خاص احتمال ہوتا ہے۔ مگر جلد میں پیدا شدہ ملانینی (melanotic) مسلمان کی طرح یہ نانوئی طور پر لغی غد کو مآؤف نہیں کرتیں۔

**قزحیہ (iris)** بہت عروق دار ہوتا ہے۔ اور اس میں التهاب واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے (التهاب قزحیہ iritis)۔ قزحیہ اور مصلبیہ کے ساتھ اسکی تعلقات موجود ہونے کی وجہ سے انکا التهاب اس تک بآسانی پھیل سکتا ہے۔ بخلاف اسکے قزحیہ اور مشیمیا کے عروق میں اسقدر قزحیہ تعلقی موجود ہوتا ہے کہ جو التهابات قزحیہ میں نمودار ہوتے ہیں انکو مشیمیتی طبقہ تک پھیلنے کے لئے ہر ایک ذریعہ حامل ہوتا ہے جب قزحیہ ملتهب ہو جاتا ہے تو اس کے اقلک اور نیز اسکے جرم میں لف اور مصل کا انصباب ظاہر ہو جانے کی وجہ سے اسکی رنگت بدل جاتی ہے۔ اور قزحیہ میں سے دیکھنے پر اسکی نازک اور شکنجہ ساخت اسکے ورم اور انصباب کی وجہ سے دھندلی دکھائی دیتی ہے۔ مزید برآں اس جھوٹی سی غشا کے متورم ہو جانے سے حد قد کے

حدود میں مداخلت واقع ہو جاتی ہے، اور یہ منقبض دکھائی دیتا ہے۔ اور اس غشا کی حرکتیں لازمی طور پر بہت سست ہو جاتی ہیں۔ اگر یہ امر ملحوظ رکھا جائے کہ قرحیہ کی موخر سطح کا ایک حصہ عدسیہ کی سطح فی الحقیقت مس کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائیگا کہ ان دونوں ساختوں کے درمیان التهابی انفصامات بآسانی واقع ہو سکتے ہیں (شکل ۱۹)۔ لہذا التهاب قرحیہ (iritis) کے بعد قرحیہ کی موخر سطح تمام کی تمام، ایک یا ایک سے زائد مقامات پر لطف کے بندوں کے ذریعہ سے عدسیہ سے بالعموم منضم پائی جاتی ہے (اکثر حدقی حاشیہ منضم پایا جاتا ہے)۔ ایسے انفصامات موخر التصاقات قرحیہ (posterior synechiae) پر مشتمل ہوتے ہیں، اور مقدم التصاقات قرحیہ (anterior synechiae) کی اصطلاح کا اطلاق قرحیہ اور قرنیہ کے باہمی انفصامات پر کیا جاتا ہے مزید برآں التهاب قرحیہ (iritis) میں بعض اوقات عدسہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے اور ثانوی یا التهابی موتیہ (cataract) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

قرحیہ کی خلقی عدم موجودگی کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے۔ بعض اوقات اس میں ایک خلقی رخنہ موجود ہوتا ہے جو حدقہ سے لیکر نیچے کی اوپر کی قدر اندر کی طرف کو جاتا ہے۔ اس حالت کا نام شقاق القرحیہ (coloboma iridis) ہے، اور یہ شیمیائی در (choroidal cleft) کے برقرار رہنے سے جو قدح بصری (optic cup) کے نوک کے دوران میں بنتا ہے پیدا ہوتا ہے بعض حالتوں میں حدقی غشا (pupillary membrane) کے ریشے حدقہ کے سامنے تنہ ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ یہ غشا جو بعض حیوانات میں پیدائش کے چند دن بعد تک بھی دکھائی دیتی ہے نوع انسان میں پیدائش سے بہت عرصہ پہلے جذب ہو جاتی ہے۔

قرحیہ اپنی انتہا پر مضبوطی سے نہیں چپکا ہوتا (شکل ۲۰) چنانچہ آنکھ کو ضرر پہنچنے کی حالت میں بعض اوقات اپنی چسپیدگیوں سے ہی کم و بیش حد تک علیحدہ ہو جاتا ہے اور دوسرے طبقہ جات کو کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ بعض اوقات قرحیہ دریدہ ہو کر مکمل طور پر علیحدہ ہو گیا ہے اور گلوب کے زخم میں سے باہر بھی نکل آیا ہے جس سے ہدنی زائد سے معرا ہو گئے ہیں۔ قرنیہ میں نافذ (penetrating) زخم آنے کی صورت میں قرحیہ بآسانی مسقوط ہو جاتا ہے۔ غشا استقدر نازک اور نرم ہوتی ہے کہ قرحیہ برآری (iredectomy) کے دوران میں اسکا مطلوبہ قطعہ قرنیہ کی شکاف میں سے مزاحمت محسوس کئے بغیر ہی پکڑ کر باہر کھینچا جاسکتا ہے۔ مزید برآں اس غشا کو عدسہ کیساتھ مس کرنے سے بھی بہت سا سہارا ملتا ہے، کیونکہ جب کبھی عدسہ اپنی جگہ سے مل کر زجاجیہ میں چلا جاتا



یا اسے علیہ سے دور کر دیا جاتا ہے تو قرحیہ گلوب کو حرکت دینے پر لڑتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔  
اگر قرحیہ کی کثیر العروق ہوتا ہے مگر کاٹنے پر خون کا جریان اس سے شاذ و نادر ہی ہوتا ہے اور اسکی وجہ شاید ان عضلی ریشوں کا انقباض ہے جو اس میں بافراط موجود ہوتے ہیں۔

## مقلہ کی رسد خون - ۱۔ چھوٹی چھوٹی ہدبی (ciliary) شریانیں

(ophthalmic) شریان سے نکل کر عصب بصری کے نزدیک ہی صلبیہ میں داخل ہوتی ہیں اور مشیمیہ کے بیرونی طبقہ میں کچھ فاصلہ تک جا کر شعریٰ ضغیرہ میں منتقسم ہو جاتی ہیں جس سے اندرونی مشیمیہ طبقہ کا زیادہ تر حصہ بنا ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف اس ضغیرہ سے ہدبی زوائد کو بعض شاخیں جاتی ہیں۔ ان عروق سے جو وریں پیدا ہوتی ہیں وہ حموں کی شکل میں مرتب ہوتی ہیں کیونکہ انکے اشتقاق سے چار یا پانچ بڑے بڑے ننھے ننھے ہیں (گردابی وریں) (venae vorticosae) جو صلبیہ میں سے قریب اور عصب بصری کے درمیان کے وسطی نقطہ پر سے گزر جاتے ہیں۔ مشیمیہ میں یہ شریانوں سے باہر کی طرف واقع ہوتے ہیں۔

## ۲۔ دونوں طویل ہدبی شریانیں (long ciliary arteries)

[جو صینی شریان (ophthalmic artery) سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو عصب بصری (optic nerve) کے باہر کی طرف منتقل کرتی ہیں ان میں سے ایک شریان ایک طرف ہوتی ہے اور دوسری دوسری طرف آؤ یہ آگے کی طرف کو بڑھتی جاتی ہیں حتیٰ کہ ہدبی خط تک پہنچ جاتی ہیں اور یہاں یہ شاخوں میں منتقسم ہو جاتی ہیں، جیسے تنعم سے قرحیہ کے محیط کے قریب ایک عرق دائرہ (دائرہ کبیر: circulus major) بن جاتا ہے۔ اس دائرہ سے بعض شاخیں نکل کر ہدبی عضل میں چلی جاتی ہیں اور باقی ماندہ قرحیہ میں سے مستحق طور پر گزر کر حدقہ کی طرف چلی جاتی ہیں جن کے حاشیہ پر ایک دوسرا دائرہ (دائرہ صغیر: circulus minor) بن جاتا ہے۔

## ۳۔ مقدم ہدبی شریانیں (anterior ciliary arteries)

[جو صینی (ophthalmic) شریان کی عضلی اور ذمعی شاخوں سے نکلتی ہیں] صلبیہ کو قریب سے تقریباً ۲-۳ ملی میٹر پیچھے منتقل کرتی ہیں (ثناقباشیں) اور دائرہ کبیر (circulus major)

سے اکولجاتی ہیں۔ ان سے ہدبی زوائد کو شاخیں باقی ہیں جہاں کثیر التعداد نفیسی جنبہ بناتے ہیں۔ یہ شاخیں نیز ملتحمی بافت میں واقع ہوتی ہیں۔ انکی برصلمیتی (episcleral) یا غیر ثاقب شاخیں بہت چھوٹی چھوٹی اور کثیر التعداد ہوتی ہیں، اور آنکھ کی طبیعت میں غیر مرئی ہوتی ہیں۔ مگر قزحیہ اور اسکے ہم پیلو حصوں کے التهاب میں یہ عروق قرنیہ کے حاشیہ کے ارد گرد باریک عروق کے ایک تنگ گلابی منطقہ کی شکل میں ظاہر ہو جاتے ہیں۔ یہ عروق ایک دوسرے کے تقریباً متوازی ہوتے ہیں۔ اور بہت نزدیک نزدیک واقع ہوتے ہیں اور ملتحمہ کے ساتھ حرکت نہیں کرتے۔ یہ منطقہ منطقہ (circumcorneal) یا گرد قرنیہ منطقہ (zone of ciliary congestion) کے نام سے موسوم ہے۔

### ۴۔ ملتحمہ کے عروق دمعی (lacrymal) اور دونوں مضنی

(palpebral) شریانوں سے نکلتے ہیں۔ یہ عروق التهاب کی حالتوں میں متذکرہ الصدر عروق سے باسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ انکی جسامت نسبتاً بڑی ہوتی ہے، اور یہ پیچیدہ ہوتے ہیں۔ نیز انکی ریخت اینٹ کی سی سرخ اور چمکیلی ہوتی ہے۔ اور ملتحمہ کے ساتھ ہی انکو بھی باسانی حرکت دیا جاسکتی ہے اور دبانے سے یہ باسانی خون سے خالی بھی کئے جاسکتے ہیں۔ عروق کے ان دونوں گروہوں میں جو فرق ہے اس سے ایک فائدہ یہ ہے کہ ملتحمہ کا التهاب عموماً تر حصص کے التهاب سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ ملتحمی عروق سے بھی قرنیہ کے حاشیہ کے بہت قریب منقسم عروق شعریہ کے جنہروں کا ایک ضعیفہ بنجاتا ہے جو قرنیہ کے شدید سطیحی التهاب میں متسل ہو جاتا ہے۔ قرنیہ کے حاشیہ کے ارد گرد بعض اوقات ایک منطقہ بنجاتا ہے جو ہدبی منطقہ (ciliary zone) سے مذکورہ بالا عمومی خواص سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔

### شبکیہ کی عرق رسد (vascular supply of retina) اسی کے لئے

مخصوص ہے۔ اور یہ شریان مرکزی شبکیہ (arteria centralis retinae) کے ذریعہ پہنچتی ہے جو صرف اس مقام کے علاوہ جہاں عصب بصری داخل ہوتا ہے اور کسی جگہ بھی شبکیہ عروق سے کوئی بلا واسطہ ربط نہیں رکھتی۔ شبکیہ کی بیرونی تہیں جو شبکیہ طبقہ سے علاقہ رکھتی ہیں عروق سے فی الحقیقت مبرا ہوتی ہیں۔ چنانچہ جب کبھی شبکیہ کی مرکزی شریان بند ہو جاتی ہے

تو کوری فوراً پیدا ہو جاتی ہے، اور وہ قلیل مجانب دوران خون جو عصب بصری کے داخل ہونیکے مقام کے ارد گرد کے باریک باریک نغمات سے وجود میں آتا ہے بالکل ناکافی ہوتا ہے، اور شبکیہ جلد ہی شیشیج ہو جاتا ہے۔ لہذا مرکزی شریان کے متعلق طور پر سدود ہو جانے کا مطلب یہ ہوتا ہے کہ شبکیہ کا عرق نظام تغذیاً معدوم ہو جاتا ہے۔ سدا بیت کی بعض حالتوں میں شبکیہ کی شریان کی صف ایک شاخ ہی سدود ہوتی ہے اور مریض کی بصارت سوائے اس حصہ کی بصارت کے جسے اس شاخ سے رسد پہنچتی ہے قائم رہتی ہے۔ نقرہ مرکزی (fovea centralis) کو جو تیزی بصارت کا مرکز ہے شبکیہ کی شریان مرکزی (arteria centralis retinae) کی فوقانی اور تحتانی صدغی دونوں شاخوں سے باریک باریک شاخیں پہنچتی ہیں۔

مشیمیہ (choroid) اور شبکیہ (retina) کے درمیان نرف واقع ہونے کی صورت میں خون کا شیمیائی عروق سے آنا لازمی ہوتا ہے۔ اور جب نرف جو اکثر تفسر کا نتیجہ ہوتا ہے نہ جابیہ (vitrious) میں واقع ہوتا ہے تو خون یا تو شبکیہ کی عروق سے آتا ہے کیونکہ یہ اس غشا کی اندرونی تہوں میں واقع ہوتے ہیں اور یا بدنی خط کے عروق سے آتا ہے۔

## مقلہ کی عصبی رسد (nerve supply of the eyeball) - ۱- ہدبی

اعصاب (ciliary nerves) جو ہدبی (ciliary) (عدسی: lenticular) عقدہ اور انفی (nasal) (انفی ہدبی: naso-ciliary) عصب سے نکلتے ہیں صلبیہ کو عصب بصری کے قریب منشعب کرتے ہیں اور صلبیہ اور مشیمیہ کے درمیان سے انکھور رسد پہنچاتے ہوئے آگے کو نکل جاتے ہیں۔ اسکے بعد یہ ہدبی عضل میں داخل ہو جاتے ہیں۔ اور قزحیہ کے محیط کے قریب ان سے ایک ضغیرہ بن جاتا ہے جس سے قزحیہ کو شاخیں جاتی ہیں ان شاخوں سے ایک نازک ضغیرہ طیار ہوتا ہے۔ جو حدقہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ یہ اعصاب صلبیہ کے مقدم حصہ میں سے قزحیہ کو شاخیں بھیجتے ہیں۔ اس طرح ان اعصاب کے ذریعہ مقلہ کو حسی ریشے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی یا انفی ہدبی شاخ سے اور ہدبی عضلا اور عاصقہ قزحیہ (sphincter iridis) کو حسی ریشے تیسرے عصب سے پہنچ جاتے ہیں اور نیز بہت سے مشار کی ریشے بھی حاصل ہو جاتے ہیں جن میں وہ ریشے بھی موجود ہوتے ہیں جو قزحیہ کے موسع عضل کو رسد پہنچاتے ہیں۔

جس مقام پر ہدبی اعصاب مشیمیہ اور صلبیہ کے درمیان سے آگے کیطرف کو گذرتے ہیں

۶۷ وہاں بڑے ہوئے درون چشمی دباؤ کی حالت میں صلیبہ کے سخت اور کڑا ہونے کی وجہ سے ان پر ضرر دیا جاسا نی پڑ سکتا ہے۔

## ۲۔ ملتحمہ کی عصبی رسد (nerve supply of the conjunctiva)

چار ذرائع سے پہنچتی ہے۔ فوق بکری (supratrochlear) اوپر کی طرف۔ تحت بکری (infratrochlear) اندر کی طرف۔ اور ذمی (lacrimal) باہر کی طرف۔ یہ تمام کے تمام اعصاب پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی شاخیں ہیں۔ نیچے کی طرف پانچویں عصب کی دوسری قسمت کی حشری شاخیں موجود ہوتی ہیں۔

## گلوب کی اپنی حس (sensation of the globe itself) بتماہ

پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔ اسکے الہابی عوارض مثلاً التهاب قرنیہ (corneitis) یا التهاب قرحیہ (irits) میں اس درد کے علاوہ جو حقیقتہً آنکھ میں محسوس ہوتا ہے پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی دوسری شاخوں کے ساتھ بھی درد بعید پایا جاتا ہے۔ اس امر کی توجیہ اس طرح کیجا سکتی ہے کہ عینی قسمت (ophthalmic division) کی ابتدا پانچویں عصب کے بالائی حسی نوات (upper sensory nucleus) سے جو چوتھے بطن کے فرش میں واقع ہوتا ہے مشترک طور پر ہوتی ہے مقلد سے جو عصبی خلیات متعلق ہوتے ہیں صرف انہی میں خلل نہیں آتا بلکہ قرب وجوار کے خلیات بھی متاثر ہو جاتے ہیں اور نفسی غلطی سے درد ان اعصاب کے ذریعہ بھی معکوس ہو جاتا ہے جو ان خلیات سے تعلق رکھتے ہیں۔ پیشانی پر فوق بکری (supratrochlear) عصب اور فوق مجری (supraorbital) عصب کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے (گرد مجری درد) اور انفی عصب کی گذر گاہ پر ناک کی جانب بھی درد ہوتا ہے۔ یا بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ درد پانچویں عصب کی دوسری قسمت میں پھیل جاتا ہے اور صدغی خط میں بے آرامی محسوس ہوتی ہے (دوسری قسمت کی مجری شاخ) یا یہ اوپر کے جبڑے اور دانتوں سے منسوب ہوتا ہے۔ مذکورہ بالا عوارض میں بہت سا تدمع بھی موجود ہوتا ہے کیونکہ ذمی غدہ کی رسد بھی پانچویں عصب کی پہلی قسمت سے آتی ہے۔

نور ترسی (photophobia) یا عدم تحمل نور آنکھ کے الہابی عوارض میں اور عام مکر

قرنیہ کے سطحی التهابات میں عام طور پر پایاجاتا ہے۔ عضلہ محیطیہ الجفنیہ (orbicular muscle) میں تشنج واقع ہو جاتا ہے، اور یہ آنکھ کو بند رکھتا ہے، اور خراش کے خفیت سے خفیت تکشف بھی اس کو بند کر دیتا ہے۔ اگرچہ عضلہ محیطیہ الجفنیہ (orbicular muscle) کو عصبی رسد بھی (facial) عصب سے پہنچتی ہے لیکن اسکے عصبی ریشے ساتویں عصب کے نوات سے نہیں آتے، بلکہ یعنی حرکی (oculo-motar) نوات سے آتے ہیں جو پانچویں عصب کے حسی نوات کے نزدیک واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ معکوس راستوں کے ذریعہ سے وابستہ ہوتا ہے۔ التهاب قرنیہ (iritis) اور سنر متیا (glaucoma) میں پیش حسیت (hyperæsthesia) بھی موجود ہوتی ہے۔ اور بیرونی جہزی اور مقدم صدغی رقبہ جات پر بعید و رد بھی محسوس ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ اس خطہ کی جلد اور منقلہ کے عصبی مراکز کے درمیان قریبی تعلق موجود ہوتا ہے۔ اسی تعلق سے امراض خیم میں کیفیوں پر خراش منقلہ کا استعمال کرنے کی توجیہ ہوتی ہے (ہیڈ: Head)۔ اغلاط العطاف میں ہدنی عضلہ پر جو زور پڑتا ہے وہ دوسرے عام ترین اسباب میں سے ہے، اور اس سے پیشانی کے وسط مخجری خطہ پر درد و بعید محسوس ہوتا ہے، اور اس پر پیش حسیت کے رقبہ جات رونما ہو جاتے ہیں۔

انفی (nasal) (انفی ہدنی: naso-ciliary) عصب اور مخجری مشمولات کے درمیان جو تعلق ہے اسکی مثالیں مزاولت طب میں کئی مرتبہ دیکھنے میں آتی ہیں۔ چنانچہ اگر ناک کے اگلے حصہ پر ضرب لگائی جائے، یا اسکے زیرین حصہ کی جلد کو خراش پہنچائی جائے جیسا کہ درخیز دل کو دبائے سے پہنچتی ہے تو کثیر تدبیر ظہور پذیر ہوگا۔ ہلاس سے عینی (ophthalmic) عصب کی انفی شاخ کو ہیجان پہنچنے سے ایسے شخص کی آنکھوں سے پانی نکل آتا ہے جس کو اسکی عادت نہ ہو۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ناک اور انفی حضہ جات کے بہت سے احتمالات ایسے ہیں جن کی وجہ سے ”آنکھوں سے پانی نکل آتا ہے“۔ انفی عصب اور آنکھ کے درمیان کے قریبی تعلق کی ایک عجیب و غریب مثال اکثر منقلہ مطلق (herpes zoster) سے ملتی ہے۔ اس عارضہ میں جب پہلی مہمت کی صرف فوق مخجری (supraorbital) اور فوق کبری (supratrochlear) شاخوں کے خطہ جات ہی ماؤٹ ہوتے ہیں تو آنکھ بالعموم غیر متاثر رہتی ہے، لیکن جب دوران اس حصہ تک بھی پھیل جاتا ہے جس کو رسد انفی عصب سے آتی ہے یعنی ناک کی ایک طرف پر نیچے تک آ جاتا ہے تو منقلہ میں اکثر کچھ التهاب پایا جاتا ہے۔

آنکھ کا خطرناک رقبہ۔ صرف قرنیہ یا صرف صلیبیہ کے نافذ زخم جو ہدنی حصہ

79

پیچھے واقع ہوں کبھی خطرناک نہیں ہوتے، مگر ایسے زخموں کے جن سے جسم ہدنی یا اسکا بالکل قریبی حصہ ماؤف ہو گیا ہو نہایت ہی خطرناک ثابت ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہدنی خطہ کا التهاب اہم عرقی اور عصبی تغذات کی وجہ سے جو اس حصہ میں موجود ہوتے ہیں خاص طور پر خطرناک ہوتا ہے۔ اور حقیقت یہ ہے کہ جہاں تک خونی اور عصبی رس کا تعلق ہے مقلد کے اندر اس سے زیادہ اہم اور کوئی خطہ نہیں ہے۔ مزید برآں جسم ہدنی سے التهابات کم و بیش بلا واسطہ طور پر قرنیہ، قرحیہ، مشیمیہ، زجاجیہ اور شبکیہ تک پھیل سکتے ہیں۔ جسم ہدنی کا تھوہنی یا عجمی التهاب جو مرکز کے بعد پیدا ہو جاتا ہے عام طور پر

رد مشارکی (sympathetic ophthalmia) کے لئے نقطہ ابتدا ہوتا ہے۔ اس

مولناک عارضہ میں دوسری طرف کی صحیح و سالم آنکھ میں تباہ کن التهاب شروع ہو جاتا ہے اور یہ آنکھ پہلی آنکھ کے ضرر کو دو یا تین ماہ گزرنے کے بعد ماؤف ہو جاتی ہے۔ آج کل عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صحیح و سالم آنکھ مرض زدہ آنکھ سے براہ راست متاثر ہو جاتی ہے۔ ان ذریعہ شبکیاتی فضاؤں میں جو اعصاب بصری کے ارد گرد پائی جاتی ہیں تضالاب (chiasma) پر تسلسل موجود ہوتا ہے، اور یہ فضاؤں ایسے راستے کا کام دیتی ہیں جس میں سے سرائت ایک آنکھ سے دوسری آنکھ تک پھیل سکتی ہے۔

عدسہ (lens) کی پائش ایک طرف سے دوسری طرف تک پہنچتی ہے اور آگے سے پیچھے تک بھی پہنچتی ہے۔ تمام زندگی میں عدسہ کی جسامت آہستہ آہستہ بڑھتی رہتی ہے۔ عدسہ مکعبیہ کے تمام کا تمام بالکل شفاف اور بالکل عديم العروق ہوتا ہے جس طریقہ سے عدسہ اپنی وضع پر قائم رہتا ہے، وہ شکل ۱۹ صفحہ 69 و شکل ۲۰ صفحہ 82 میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عدسہ کا محیط ہدنی زاوئہ سے باریک اور شفاف مشع ریشوں کے ایک نظام کے ذریعہ سے جو تہ ہوتا ہے (عدسہ کا تعلیقی رباط: suspensory ligament of the lens)۔

ان میں سے بعض ریشے عدسہ کے آگے سے اور بعض اسکے پیچھے سے گزرتے ہیں، اور اس طرح ان سے عدسہ کے لئے ایک تاجہ یا کیسہ بن جاتا ہے۔ ہدنی زاوئہ ذریعہ تعلیقی رباط کے شعاعی ریشے رطوبت زجاجیہ (vitreous humour) کے شفاف کیسہ سے تسلسل قائم کر لیتے ہیں۔ غنائے شفاف

(hyaloid membrane) عدسہ اپنے تعلیقی رباط کے جزوی انشقاق سے آسانی سے ڈھیلا ہو سکتا ہے، اور اپنی جگہ سے ٹل سکتا ہے، اور مقدم کو شک میں چلا آتا ہے، اور زیادہ تر پیچھے کی طرف کو نزاجیبہ میں جاتا ہے۔ اگر کچھ ملاطمت کیجائے تو عدسہ متورم ہو سکتا ہے۔ اس طرح اسکے ارد گرد جو دباؤ پیدا ہو جاتا ہے، اس سے یہ ان اہم ساختوں کو جو اس کے آس پاس موجود ہوتی ہیں بہت سا نقصان پہنچا سکتا ہے۔

80

عدسہ کا کبہ بہت چھوٹا اور یکساں ہوتا ہے، اور جب اسے بھاڑ دیا جاتا ہے تو اس کے کنارے باہر کی طرف کو مڑ جاتے ہیں۔ موتیا بند (cataract) کے لئے جو عام عملیات سہل انجام دئے جاتے ہیں ان میں یہ بھاڑ دیا جاتا ہے، اور کئی قسم کی ضربوں سے جو مقلد پر لگ جاتی ہیں یہ پھٹ بھی سکتا ہے۔ ”موتیا بند کے عملیہ کی ایک قسم میں کبہ عدسہ کے ساتھ ہی دو کر دیا جاتا ہے، اور نزاجیبہ عشاء شفاف (hyaloid membrane) کی مدد سے جو کبہ عدسہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے اپنی وضع پر برقرار رہتا ہے“ (لفٹنٹ کرنل ایچ سمیتھ: Lieut. Colonel H. Smith)۔ جب یہ کیسز نجی ہو جاتے تو رطوبت مائے (aqueous humour) عدسہ میں داخل ہو جاتی ہے، اور اسکے ریشے اسے چوس لیتے ہیں۔ اور بعد میں یہ متورم ہو کر غیر شفاف ہو جاتے ہیں، اور اس طرح جرمی موتیا بند (traumatic cataract) پیدا ہو جاتا ہے۔ موتیا بند کی مختلف قسموں میں تمام عدسہ اور زیادہ تر اس کا کچھ حصہ عتمہ (opacity) کا ممل ہوتا ہے۔ یہ اکثر نوت میں شروع ہوتا ہے اور عرصہ دراز تک اسی حصہ تک محدود رہتا ہے۔ بالبعث اوقات یہ پتھرہ میں شروع ہوتا ہے۔ اس حالت میں یہ لکیروں کے ایک سلسلہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جن کا رخ عدسہ کے محور کی طرف ہوتا ہے، اور انکا انحصار عدسہ کے ریشہ جات کی ترتیب پر ہوتا ہے۔

شبکیہ (retina) کے متعلق صرف اتنا ہی بیان کر دینا کافی ہو گا کہ اسکا تعلق شبکیہ اتنا خفیف ہوتا ہے کہ یہ اس عشاء سے نزف یا دیگر انصبابات کے ذریعہ سے علمدہ ہو جاتا ہے، اور بعض اوقات یہ گلوب پر سادہ ضرب کے لگنے سے بھی حقیقتہً جدا ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک وسیع حد تک علمدہ ہونے کے باوجود بھی قرص بصری (optic disc) اور عشاء سنن (ora serrata) پر چکارتا ہے۔

عصب بصری (optic nerve) کی لمبائی عجم کے اندر ۲۸ تا ۳۰ ملی میٹر ہوتی ہے۔ یہ عصب مارغ سے نکلتا ہوا اپنا گرد عصبی غلاف ام حنونہ سے لے آتا ہے۔ اسکے علاوہ دو اور غلاف بھی

اس پر ہوتے ہیں جن میں سے بیرونی ام جافیہ سے ساتھ آتا ہے، اور اندرونی عکسوتیہ سے۔ یہ غلاف ایک دوسرے سے تیز گئے جا سکتے ہیں، اور علمدہ علمدہ ہوتے ہیں، اور ان میں جو دو فضاں ہوتی ہیں ان میں سے باہر کی تخت جانی اندر کی تخت عکسوتی فضا سے سرایت زدہ ہو سکتی ہے۔ چنانچہ دماغی اسجیہ کے التهابی عوارض عصب بصری کے ساتھ ساتھ اسکے غلاف کی فضاؤں میں سے پھیلتے ہوئے قرص بصری تک باسانی پہنچ سکتے ہیں۔ اور درون تجمی مرض میں، باشتغائے عوارض اسجیہ، فلا بھیجے سے قرص تک اس عصب کی رخی انصالی بافت میں سے ہوتا ہوا پہنچ جاتا ہے۔ ان تعلقات سے التهاب عصب بصری (optic neuritis) اور درون تجمی مرض کے کثرت کے ساتھ اکٹھا واقع ہونے کی توجیہ کسی حد تک ہوتی ہے۔

جو نہی یہ عصب سورخ بصری سے باہر نکلتا ہے یہ وتدی جوف کی بیرونی دیوار سے مس کئے ہوتا ہے، اور اگر یہ جوف مقابلہ چھوٹا ہو تو یہ موخر مصغاتی خلیات سے ملا ہوتا ہے۔ ان فضاؤں میں قبیح واقع ہونے کی صورت میں سرایت کے عصب بصری تک پہنچنے کا امکان ہوتا ہے، اور اس طرح التهاب عصب بصری (optic neuritis) شروع ہو جاتا ہے۔

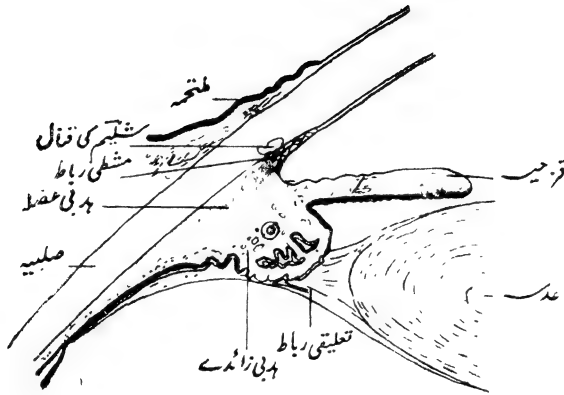
جب کبھی درون تجمی دباؤ کھوپری میں کسی سلعہ کے نشوونما پانے، یا زرف واقع ہونے، یا کسی دوسری حالت کے موجود ہونے سے بڑھ جاتا ہے تو یہ تخت عکسوتی فضاں سے جو عصب بصری کے ارد گرد موجود ہوتی ہے منتقل ہو جاتا ہے، اور اسی وجہ سے مرکزی شریان اور ورید اس مقام پر دب جاتی ہیں جہاں یہ اس فضا کو عصب بصری تک پہنچنے کے لئے عبور کرتی ہیں۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ پہلے ورید مضبوط ہو جاتی ہے، اور اس وجہ سے چشم بن (ophthalmoscope) میں سے شکستگی وریدوں میں احتقان دکھائی دیتا ہے۔ بعد ازاں دباؤ میں زیادتی واقع ہونے سے قرص میں اور اسکے عین ارد گرد ارتشاح پیدا ہو جاتا ہے، اور اسکے بعد نزف ظاہر ہو جاتا ہے، اور شبکیہ شریبانوں کی جسامت کم ہو جاتی ہے۔ پہنچ حلی (papilledema) کا وہ نقشہ جو چشم بن سے دکھائی دیتا ہے اسی طرح پیدا ہوتا ہے۔

مائی اور زجاجی طوبتیں (aqueous and vitreous humours)

مائی رطوبت (aqueous humour) سے مقدم کو شک پڑ ہوتا ہے۔ اور یہ وہ فضا ہے جو عدسہ کے کیسہ اور تعلیقی رباط اور قرنیہ کے درمیان ہوتی ہے۔ قرنیہ اس فضا کو مقدم و درون



دو حصوں میں تقسیم کرتا ہے۔ چونکہ قزحیہ کا زیادہ حصہ حقیقت عدسہ سے ملا ہوتا ہے اسلئے موخر حصہ ایک زاویہ یعنی وقفہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو قزحیہ ہدنی زاوئد اور عدسہ کے تعلیقی رباط کے درمیان ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔ مقدم گوشک کا عمق ۳.۶ ملی میٹر ہوتا ہے۔ قزحیہ کا اندرونی طبقہ صلیبیہ کے ساتھ تسلسل قائم کرتے وقت ریشوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو (۱) صلیبیہ (۲) ہدنی عضلہ اور (۳) ہدنی زوائد کو جاتے ہیں۔ ان ریشوں کو رباط مشطی (ligamentum pectinatum) 82



شکل ۲۰۔ رباط مشطی۔ نوٹانا کی فضائیں، ہدنی عضلہ اور عدسہ کا کیسہ۔

بتا ہے، اور اس کے ریشوں کے درمیان جو وقفے ہوتے ہیں انکو نوٹانا (Fontana) کی فضاؤں کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے (قزحیتی قزحیتی فضائیں: iridio - corneal spaces)۔ یہ رطوبت مائے سے پر ہوتی ہیں۔ ان فضاؤں کے اندر جو سیال ہوتا ہے وہ جذب ہو کر ایک مدور قنال میں پہنچ جاتا ہے جو صلیبیہ میں ہوتی ہے۔ یہ مدور وریدی قنال (circular venous canal) یا قنال شلم (canal of Schlemm) کہلاتی ہے (دیکھو شکل ۲۰)۔ یہ قنال صلیبیہ کے مقدمہ ہدنی زوائد، اور قزحیہ کی وریدوں سے ربط و راہ رکھتی ہے۔ رطوبت مائے ہدنی زوائد میں سے جو قزحیہ کے پیچھے ہونے میں مسلسل خارج ہوتی رہتی ہو اور سطح قنال شلم (canal of Schlemm)

میں جذب ہوتی رہتی ہے، جہاں سے یہ ویریدی دوران میں چلی جاتی ہے۔ مقلہ کا تناؤ رفتارِ افزا اور رفتارِ انجذاب کے درمیان صحیح صحیح مساوات قائم رہنے سے برقرار رہتا ہے۔ لہذا اگر یہ مقدمہ کو شک میں چلی آئے (کوشکی ریم: hypopyon) تو یہ بالعموم آسانی جذب ہو جاتی ہے متوسط درجہ کی وعاءدریوں پر بھی جو اس کو شک میں واقع ہوں یہی صادق آتا ہے۔ اور جو مشکل زجاجی کو شک سے خون کے منجذب ہونے میں پیش آتی ہے، اس کے مقابلہ میں مذکورہ انصبابات کا سر منبع و منبع بالکل ایک مختلف حیثیت رکھتا ہے۔

پروفیسر آرتھر تھامسن (Arthur Thomson) نے یہ ثابت کر کے دکھا دیا ہے کہ صلیبیہ کی اندرونی طرف، قرصیہ کے مقدمہ قاعدہ پر یا تو متخفص ہوتی ہے، اور یا میراب دار ہوتی ہے۔ جب حد قہ متخفص ہو جاتا ہے تو قرصیہ کے سکرے ہوئے قاعدہ کا رجحان اس میراب کو بر کرنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس طرح رطوبت مائیہ کا نکل کر فونٹانا (Fontana) کی فضاؤں میں چلا جانا زیادہ مشکل ہوتا ہے۔

زجاجیہ (vitreous) فسادات چشم میں فعال حصہ نہیں لیتا۔ بعض اوقات ہم پہلو حصص کے التهاب میں یہ ثانوی طور پر ماؤف ہو جاتا ہے، اور کبھی کبھی اس میں نزفات بھی واقع ہو جاتے ہیں، اور یہ اکثر مختلف اقسام کے غیر شفاف اجسام کا مکمل ہوتا ہے۔ اجسام غریبہ زجاجیہ میں بغیر کسی علامت کے معتدبہ عرصہ تک رہتے ہیں۔ (سما دیہ: muscae volitantes) جو کوتاہ نظر (myopic) کو اکثر تکلیف دیتے ہیں زجاجیہ میں چھوٹے چھوٹے غیر شفاف ذرات کی موجودگی سے پیدا ہوتے ہیں، اور انکی شکل بسا اوقات یسینہ ویسی ہی ہوتی ہے جیسی زجاجیہ کے جسموں کی، جبکہ ان کو خوردبین سے دیکھا جائے۔

وہ نازک اور شفاف جھلی جو رطوبت زجاجیہ کے گرد بطور کیسہ کے موجود ہوتی ہے غشائے شفاف (hyaloid membrane) کے نام سے موسوم ہے۔ زجاجیہ شبکیہ سے سوائے اس مقام کے جو پچھلی طرف قرص کے مقابل واقع ہوتا ہے، اور جہاں جنین میں عدسہ کی شریانیں داخل ہو کر قنال شفاف (hyaloid canal) میں سے آگے کی طرف کو جنینی حدقی خشا (foetal pupillary membrane) کو رسد پہنچانے کے لئے بڑھ جاتی ہے، آسانی طلحہ کیا جاسکتا ہے یہ عرق شبکیہ کی مرکزی شریان کی ایک شاخ ہے جو بعض اوقات سن بونخ میں بھی ایک جمل یعنی کی تنگل میں برقرار رہتی ہے۔ بعض شاذ شاذ مثالوں میں اسکا دوران خون جاری رہتا ہے، اور

اس کا نبضان چشم میں سے دکھائی دے سکتا ہے۔

سبز موتیا (glaucoma) ایک ایسا مرض ہے جسکے علامات کا کلی انحصار گلوب کے دروں چشمی تناؤ کی افزائش پر ہوتا ہے۔ جب مقلد کے اندر کا دباؤ بشکیہ اور مشیمیہ کی شریاں گلوب کے خون کے دباؤ سے زیادہ ہو جاتا ہے تو آنکھ کا تغذیہ منقطع ہو جاتا ہے۔ طبعی طور پر دروں چشمی دباؤ دروں چشمی وریدوں کے خون کے دباؤ کے مساوی ہوتا ہے۔ اگر رطوبت مائے صلبیہ کی مدور وریدی قنال میں منحب نہ ہو سکے تو یہ دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ یہ حالت ویسی ہی ہے جیسی کہ دماغ میں ہوتی ہے۔ آنکھ کی رطوبت مائے بھیجے کے دماغی تناعی سیال کی قائم مقام ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ سبز موتیا (glaucoma) کے تقریباً سب مریضوں میں محیط قزحیہ اور قزحیہ کے دیسانی زاویہ کے جس میں طبعی حالت میں رباط مشطی (ligamentum pectinatum) واقع ہوتا ہے، مکمل طور پر مسدود ہو جانے سے فوتانا (Fontana) کی مضامیں بند ہو جاتی ہیں۔

جہاں تک آنکھ سے سیال کے خارجی بہاؤ کا تعلق ہے مقدمہ کو شک کے محیطی حصہ کی اہمیت بہت طریقوں سے ظاہر ہوتی ہے۔ اگر یہ حصہ قزحیہ کے انتخاب میں قزحیہ سے باعدہ کے ٹل جانے سے عدسہ ہی سے مسدود ہو جائے تو گلوب کے دباؤ کی زیادتی اس کا لازمی نتیجہ ہوتی ہے۔ سبز موتیا (glaucoma) میں قزحیہ برآری (iridectomy) سے جو آرام حاصل ہو جاتا ہے، اس کا انحصار اس امر پر معلوم ہوتا ہے کہ یہ عملیہ رباط وراہ کے ان مجاری کو جو مائے سے شرف ہوتے ہیں عملی طور پر کھول دیتا ہے۔ لہذا اس طریقہ عمل کو کامیاب بنانے کے لئے شکاف صلبیہ اتنا پیچھے واقع ہونا چاہئے کہ یہ تمام کا تمام زاویہ محولہ بالا میں سے گزرے۔ مزید برآں یہ بھی ضروری ہے کہ قزحیہ کو عین اس کی پسیدگی تک دور کر دیا جائے، اور اس کا معتد بہ حصہ کاٹا جائے۔ قزحیہ برآری (iridectomy) سے بھی رطوبت مائے کے لئے قزحیہ کی ایک جدید شعری سطح پیدا ہو جاتی ہے، جو اس کے لئے ایک نئے مخرج کا کام دیتی ہے۔ کم عمر اشخاص میں رباط مشطی (ligamentum pectinatum) خلیہ دار اور کھلی ساخت کا ہوتا ہے، اور زیادہ عمر کے اشخاص میں یہ لیفی اور متقبض ہو جاتا ہے۔ لہذا عمر اشخاص میں سبز موتیا (glaucoma) کے پیدا ہونے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے (بی۔ ہینڈرسن: T. Henderson)۔

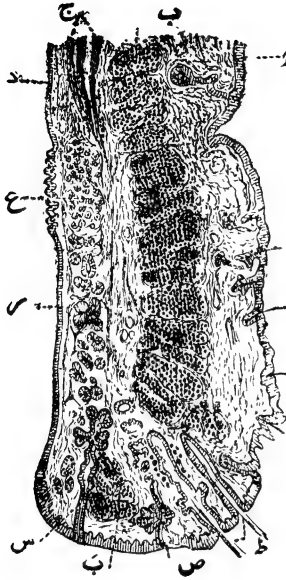
سبز موتیا (glaucoma) کے تمام علامات کی توجیہ غیر طبعی تناؤ کے اثرات سے

ہو جاتی ہے چنانچہ ہر بی اعصاب سخت اور کڑے صلیبہ پر مضبوط ہو جاتے ہیں جس سے شدید درد پیدا ہوتا ہے۔ نیز قنطرت اور تنس حد قہ اور عدم انکس قنہ سے بھی یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان کے افعال میں اختلال آگیا ہے۔ ضغطہ سے جو حصہ غالباً پہلے متاثر ہوتے ہیں وہ شبکیہ عروق خون ہیں اور شبکیہ کے محیط یعنی شبکیہ دورانی خون کی انتہائی حد پر ضغطہ کا اثر ان میں نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لہذا میدان نظر آہستہ آہستہ تنگ ہو جاتا ہے اور یہ علامت سبز موتیا میں ہمیشہ پائی جاتی ہے۔ اور عصب بصری پر دباؤ پڑنے سے روشنی کے چمکے اور دوسرے طبیعت پیدا ہو جاتے ہیں جو اس مرض میں پائے جاتے ہیں۔ صلیبہ کاکمز و تر ترین حصہ قرص میں ورقہ غائب (lamina cribrosa) پر ہوتا ہے۔ یہ حصہ دباؤ سے جلد دب جاتا ہے اور اس سے سبز موتیا پیا (glaucomatous cup) پیدا ہو جاتا ہے۔ سمت مخالف کا دباؤ عدسہ کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے اور اس طرح مقدم کو شک تنگ ہو جاتا ہے۔ اور چپھی دوران خون میں جو خلل پیدا ہو جاتا ہے وہ ان متسع عروق سے ظاہر ہوتا ہے جو گلوب پر نمودار ہو جاتے ہیں۔

اجفان (eyelids) (شکل ۲۱)۔ ہر ایک پوٹے میں مندرجہ ذیل تہیں ہیں

ترتیب سے پائی جاتی ہیں: (۱) جلد (۲) زیر جلدی بافت (۳) عضلہ محیطہ العینہ (orbicularis oculi) (۴) غصروف الجفنی صحفہ (غصروف الجفنی فوقانی superior tarsus: اور اسکا تسلسل مجر کے ماتیہ یعنی مجری ماضل (غنائی غشی palpebral membrane) (۵) غصروف الجفنی (میومی: Meibomian) غد کی تہ جو صحفہ مذکور میں مدون ہوتی ہے اور (۶) ملغمہ۔ اوپر کے پوٹے میں عضلہ رافع الجفن (levator palpebrae) غصروف الجفنی صحفہ کی طرف گذرنا ہوا پایا جاتا ہے۔ پوٹوں کے اوپر کی جلد بہت باریک اور نازک ہوتی ہے اور خون کی جو عابد ریاں اسکے نیچے پیدا ہو جاتی ہیں وہ اس میں سے باسانی دکھائی دیتی ہیں۔ اس جلد کی ملائت اور زیر جلدی بافت کا وسیلہ ان اس حصہ کو اچھی طرح سے ترقیبی عملیات کے قابل بنا دیتا ہے۔ اگر ان خواص کی وجہ سے جڑ کا بھی ایک قوی اثر ہوتا ہے چنانچہ زیرین پوٹے کے نیچے کے مندل شدہ مذا کے انقباض سے پوٹے کے گلوب سے پیچھے ہٹ آنے سے شمر و خارجہ (ectropion) یا بر و گودی (eversion) پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے بخلاف اسکے التهاب یا تباہ کن عوامل کے اثرات کے بعد دوران اندمال میں ملغمہ کے انقباض سے ہر ایک پوٹا اندر کی جانب گلوب کی طرف مڑ جاتا ہے

اور اس طرح ششود اعلیہ (entropion) پیدا ہو جاتا ہے۔  
 پیوٹوں پر بہت سے متعزز شکن ہوتے ہیں  
 اوپر کے پوٹے میں ایک شکن ہوتا ہے جو دوسروں کی نسبت  
 زیادہ نمایاں اور زیادہ گہرا ہوتا ہے اور یہ اسکو دو حصوں میں  
 تقسیم کرتا ہے جن میں سے نیچے کا گلوب کو پوشیدہ کرتا ہے  
 اور اوپر کا مچھری نرم ساختوں سے علافہ رکھتا ہے۔ لاغری  
 میں پیوٹا اس شکن پر اندر کی طرف کو بہت گھس جاتا ہے۔  
 شکافات اس شکن کے رخ میں دکائے جاہیں۔  
 زیر جلدی بافت بہت ڈھیلی ڈھالی  
 ہوتی ہے اسلئے پیوٹے التهاب کا نتیجہ یا زرق افق  
 ہونے پر بہت متورم ہو جاتے ہیں۔ لہذا ان پر جو نیکیں  
 لگانا قرین مصلحت نہیں کیونکہ اس پر کرنے سے آنکھ متورم  
 اور سیاہ ہو جاتی ہے (آنکھ پر کانیل: black eye)۔



شکل ۲۱۔ اوپر کے پوٹے میں سے گرتی ہوئی انقباضی تراشیں۔  
 (ویڈیر: Waldeyer کے مطابق)۔ (جلد ۱)  
 ب۔ عضلہ مجبیطیہ ب۔ اس کا ہڈی حصہ۔ ج۔ پیوٹے کا غیر متغیر  
 عضلہ جو عضلہ رافع الجفن کی انتہا کے کچھ حصہ کو ظاہر کرتا ہے۔  
 د۔ ملتہ۔ ر۔ عضلہ الجفن فوقانی۔ س۔ عضلہ الجفن غدو۔  
 ص۔ مرمہ عرقی غدو۔ ط۔ پگیں۔ ح۔ پس عضلہ الجفن غدو۔

اس بافت کے متعلق ایک عجیب امر یہ ہے کہ یہیں شحم نہیں ہوتا۔  
 پیوٹوں کی کوروں پر پگیں، غرضف الجفنی غدو  
 (tarsal glands) اور بعض ترمیم شدہ عرقی  
 اور دہنی غدو پائے جاتے ہیں۔ ان غدو کا افراز پیوٹوں  
 کی کوروں کو چھیننے سے روکتا ہے۔ ان کوروں میں خراش  
 عوارض کے پیدا ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔  
 مزید برآں چونکہ یہ آزلو کنارہ ہے اس لئے دوران خون

بھی انتہائی ہے اور خون کی رو میں رو کو دھبی آسانی پیدا ہو جاتا ہے۔ انجیریہ (sycois) جو ایک التهاب  
 ہے جس سے شہری جراب اور پیوٹے کی کور کے بعض غدو ماؤف ہو جاتے ہیں کثیر الوقوع مرض ہے۔  
 گوباجنی (sty) پیوٹے کے حاشیہ پر القصابی بافت یا غدو میں قفج واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہے۔  
 پیوٹے کو الٹے سے ملتے ہیں سے غرضف الجفنی غدو دکھائی دے سکتے ہیں۔ یہ زردی مائل دانوں کی لکیروں  
 کی شکل کے ہوتے ہیں مشترک غرضف الجفنی (common tarsal) یا میومی (Meibomian)

دویرہ ایک اعتباری دویرہ ہے جو ان غدیں سے کسی ایک میں پیدا ہو جاتا ہے۔  
یہ کسی غشویہ البخنی غده کی قنات کے انداد سے پیدا شدہ اعتباری سے بنتا ہے۔

**عروق خون** پیوٹوں میں بافراط پائے جاتے ہیں۔ ہر ایک پیوٹے کو دو شریانی  
رسد پہنچاتی ہیں۔ ان میں سے یعنی (ophthalmic) شریان کی ایک جفی شاخ ہوتی ہے جو  
ہر ایک پیوٹے کے اندرونی حصہ میں سے گزرتی ہے، اور ایک دمی (lacrymal) کی شاخ  
ہوتی ہے جو ہر ایک پیوٹے کے بیرونی حصہ میں سے گزرتی ہے۔ شاملہ جات (naevi) اور  
دوسری عرق بالیدیں اس محل پر بکثرت پائی جاتی ہیں۔  
چار اعصاب اوپر کے پیوٹے کو رسد پہنچاتے ہیں، یعنی فوق مجری (supraorbital)،  
فوق بکری (supratrochlear)، اور تحت بکری (infratrochlear)، اور دمی  
(lacrymal)۔ نیچے کے پیوٹے کو ایک عصب (زیر مجری: infraorbital) رسد  
پہنچاتا ہے۔

**پیوٹوں کے بعض عروق لمف** پیش اذینی (preauricular) غد میں داخل  
ہوتے ہیں۔ لہذا یہ پیوٹوں کے عوارض میں بعض اوقات کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔  
ملتحمہ (conjunctiva)۔ اس غشا کا پیشی حصہ بتلا ہوتا ہے، اور مطبق مرحلہ سے  
جکی پسیدگی بہت ڈھیلی ہوتی ہے پوشیدہ ہوتا ہے۔ جفی حصہ زیادہ موٹا ہوتا ہے، اور عمودی  
مرحلہ سے ڈھکا ہوتا ہے جو زیادہ مضبوطی سے متغصم اور نسبتاً زیادہ عروق دار ہوتا ہے۔ قرنیہ کی  
کور پر ملتحمہ اس مرحلہ سے مسلسل ہوتا ہے جو اس پردہ (قرنیہ) کی پوشش ہوتا ہے۔ چشمی ملتحمہ کو ایک  
ڈھیلے پن کی وجہ سے ادھر ادھر آواز اور حرکت دی جا سکتی ہے، اور بعض عملیہ جات  
میں اس سے بہت استفادہ کیا جاتا ہے۔ مثلاً ٹیل (Teale) کے عملیہ میں جو انصاف البخن  
(symblepharon) کے لئے کیا جاتا ہے گلوب سے قرنیہ کے اوپر سے ملتحمہ کا ایک پل بذریعہ  
تخلیج غلجہ کر لیا جاتا ہے، اور اس خام سطح کو پوشیدہ کرنے کیلئے جو نیچے کے پیوٹے سے منس  
کرتی ہے قرنیہ پر سے نیچے کھینچ لیا جاتا ہے۔ یہ ڈھیلی بافت تیج ملتحمہ (chemosis) کے پیدا ہونے  
میں مدد دیتی ہے جو انتہائی حالتوں میں اس درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ مریض اپنی آنکھ بند نہیں کر سکتا۔

88

علاوہ ازیں اسکے عروق کا سہارا چونکہ کمزور ہوتا ہے اس لئے ان میں تھوڑے سے اشتعال سے بھی پھٹ جانے کا رجحان موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ زیر ملتحمی نزفات بعض اوقات شدید قے یا سعال دیکھنے کے دورہ میں بھی واقع ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں کھوپری کے قاعدہ میں کسور واقع ہو جانے کی حالت میں بھی خون اس غشا کے نیچے آ جاتا ہے۔ اس غشا کے نیچے جو نزفات واقع ہوتے ہیں ان میں اور دوسری وعادریوں (کوٹنکیوں) میں یہ فرق ہوتا ہے کہ قبل الذکر میں قرمز رنگت برقرار رہتی ہے، اور اسکی وجہ یہ ہے کہ ملحمہ کے پتلے پن کی وجہ سے آکسیجن خون تک پہنچتی رہتی ہے، اور اسکو شریانی خاصہ بخش دیتی ہے۔

ملحمہ کے التهاب سے معتدبہ ندبی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں، جیسا کہ دوسرے اغشیہ مخاطیہ میں اور شائد معجری بول میں خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ تباہ کن اعمال کے بعد ملحمہ کے انقباض سے شترہ داخلیہ (entropion) کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اگر ملحمہ کا چشمی حصہ اور اس کا نفاذ حنفی حصہ دونوں تباہ ہو جائیں تو اس طرح خود دو خام سطعیں باقی رہ جاتی ہیں وہ آسانی سے متحد ہو جاتی ہیں، اور بیوٹاکلوب سے منضم ہو جاتا ہے، اور التفاق البغض (symblepharon) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ حالت نیچے کے پیوٹے سے تعلق رکھتی ہے، اور عام طور پر چونے یا دیگر کا وہی اثیا کے نیچے کے پیوٹے اور گلوب کے درمیان انفاقیہ داخل ہو جانے سے پیدا ہو جاتی ہے۔

اس غشا کے التهاب کی ایک عام قسم میں حنفی ملحمہ پر چھوٹے چھوٹے اریکوں (granulations) کی ایک تعداد پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ صلیج معنوں میں اریکی بافت نہیں ہوتی کیونکہ اس حصہ میں صادق نتیجہ واقع نہیں ہوتا، بلکہ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ ان اریکوں میں سے کچھ غذائی بافت کے کریپچوں سے بنے ہیں، اور کچھ کلانی یافتہ مخاطی جرابوں اور بیش پروردہ حلیموں پر مشتمل ہیں، اور یہ تمام ساختیں اس غشا میں طبعی طور پر پائی جاتی ہیں۔ اس عارضہ کا نام

رملجیمی (trachoma) یا لکمرے (grancelar lids) ہے۔ اس عارضہ میں

غشا کے مذکور کے زیادہ عمیق حصوں میں بہت سی جدید بافت طیار ہو جاتی ہے۔ اس جدید بافت اور ان اریکوں (granulations) کے انخواب سے انقباض پذیر ندبہ پیدا ہو جاتا ہے جس سے اس غشا میں بہت سے شکن پڑ جاتے ہیں، اور اکثر شترہ داخلیہ (entropion) بھی پیدا ہو جاتا اور پلکیں اندر کی طرف کو مڑ جاتی ہیں۔

## آلہ دمعیہ (lacrymal apparatus)۔ دمعی غدہ (lacrymal gland)

89

gland جو مجھ کے بالائی اور بیرونی ربع میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۲) (رفع لحم levator palpebrae) کے وتر کے جانی پھیلاؤ سے دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ ایک بڑا فوقانی حصہ جو نہ کورہ پھیلاؤ اور مجھ کی جھیت کے درمیان واقع ہوتا ہے، اور ایک چھوٹا تحتانی حصہ جو اس پھیلاؤ اور اس مقام کے درمیان واقع ہوتا ہے جہاں ملتحمہ مقلہ سے معکوس ہو کر بالائی حصہ پر چلا جاتا ہے۔ اسکی فتاتیں جو جسامت میں چھوٹی اور تعداد میں تقریباً بارہ ہوتی ہیں ملتحمہ انگلیکاس کے بیرونی حصہ میں کھلتی ہیں۔ اس غدہ کے استیصال میں کوئی قتی مشکل پیش نہیں آتی، کیونکہ یہ اپنے قرب و جوار کی ساختوں سے ڈھیلے طور پر پیسیدہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ غدہ ملتبہ ہو جاتا ہے، اور انسلاکائی یافتہ ہو جاتا ہے کہ یہ سلعہ کی مانند دکھائی دیتا ہے، اور گلوب کو پیچھے اور اندر کی طرف ہٹا دیتا ہے، اور ملتحمہ کے جتنی جغنی شکل کو دبا کر آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ اگر خراج پیدا ہو جائے تو یہ اکثر اوپر کے پونے کی جلد میں سے پھٹتا ہے۔ اس غدہ کے دو پرے (دوہرہ دمعیہ dacryops) اسکی فتاتوں کے اندر اور اتساع سے پیدا ہوتے ہیں۔ اور اسکا طبی افراز آنکھ کی کھلی سطح کو تر رکھتا ہے، مگر اس کا استیصال خراب اثرات پیدا ہونے کے بغیر کیا جاسکتا ہے۔ آنسو مقلہ پر سے گزرتے ہیں اور اسے تر رکھتے ہیں، اور پھر یہ ہر دو نقطہ دمعیہ (puncta lacrimalia) میں سے جن میں سے ایک بالائی پونے کے حاشیہ کے اندر کی طرف اسکے اندر کے سرے پر ہوتا ہے، اور دوسرا نیچے کے پونے پر پہلے کے متناظر مقام پر واقع ہوتا ہے، گزرتے ہیں، اور یہاں سے قنابچوں (canaliculi) کے ذریعہ سے دمعی تاجہ (lacrymal sac) میں چلے جاتے ہیں، اور اس میں سے ہو کر انفی فتات (nasal duct) کے راستہ سے تحتانی انفی منفذ (inferior nasal meatus) میں پہنچ جاتے ہیں۔ معمولی حالتوں میں اس افراز کی مقدار اتنی زیادہ نہیں ہوتی کہ ناک میں سے اسکی تغیر کی ضرورت ہو، لیکن جذبہ کے وقت افراز بکثرت ہوتا ہے، اور اسکی زائد مقدار پچوں اور عورتوں میں آنسوؤں کی شکل میں بہ جاتی ہے۔ مردوں میں چونکہ انفی فتاتیں نسبتاً وسیع ہوتی ہیں اسلئے زائد مقدار ان فتاتوں میں سے گزر جاتی ہے۔ لہذا ان میں جذبہ کا اظہار رونے کی بجائے زور سے ناک صاف کرنے اور ناک میں بولنے سے ہوتا ہے۔

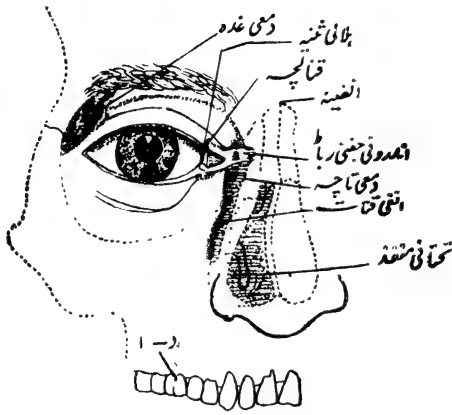


دمعی تاجہ (lacrymal sac) ناک کی ایک طرف اندرونی گوشہ چشم (وسطانی جفنی ملتقہ: medial palpebral commissure) کے قریب واقع ہوتا ہے اور دمعی اور فوقانی فکی ہڈیوں میں جو میز اب ہوتا ہے اس میں پڑا ہوتا ہے (شکل ۲۲) اس کی بیرونی جانب پر ذرا آگے کی طرف کو دونوں دمعی قنا لچے اس میں شامل ہو جاتے ہیں۔ تاجہ کے سامنے اندرونی جفنی رباط (internal palpebral ligament) یا قور لعین (tendo oculi) واقع ہوتا ہے۔ اگر دونوں پیوٹوں کو زور سے باہر کی طرف کو کھینچا جائے تو یہ رباط باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے اور نظر بھی آسکتا ہے۔ یہ تاجہ کی طرف رہنمائی کرنے کا کام بھی دیتا ہے۔ جب پیوٹوں کو زور سے بند کر لیا جاتا ہے تو یہ تنیدہ ہو جاتا ہے۔ اسلئے اس حالت میں بھی یہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔ دمعی تاجہ کو یہ اس کے بالائی ایک تنہائی حصہ اور زیرین دو تنہائی حصہ کے مقام اتصال پر زاویہ قائمہ پر کاٹا ہوا گزرتا ہے۔ اگر اس رباط کے عین نیچے جانو داخل کیا جائے تو یہ تاجہ کو تقریباً وسط پر سے کھول دے گا، اور اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہئے کہ جب دمعی خراج پھٹنے کو ہوتا ہے تو اس کا منہ ہمیشہ اس رباط کے نیچے ہوتا ہے۔

چونکہ دمعی تاجوں (lacrymal sacs) کے عوارض اکثر بہت درد خیز ہوتے ہیں اسلئے یہ امر قابل ذکر ہے کہ اس تاجہ کی عصبی رسد انفی عصب (nasal nerve) کی زیر نچری (infratrochlear) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔

دُماع (epiphora) یا آنسوؤں کا غیر طبعی بیش بہاؤ زیادہ تر دو اسباب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۱) نقطہ (puncta) سے لیکر انفی یا انفی دمعی قنا توں کے فتوح تک جو ناک میں واقع ہوتا ہے دمعی گزرگا ہوں کے کسی مقام پر مسدود ہو جانے سے (۲) کسی ایسے سبب سے جو زیرین نقطہ کو گلوب کے ساتھ مس نہ کرنے دے جیسا کہ شترہ خارجیہ (ectropion)، شترہ قلیہ (entropion)، اور نیچے کے پیوٹوں کے ورم وغیرہ کی حالت میں ہوتا ہے۔ یہ عضلہ مجلطہ العینیہ (orbicularis oculi) کا پیش جفنی (pretarsal) حصہ ہی ہے (یعنی وہ ریشہ جو پیوٹوں میں سے انکے آزاد حاشی کے قریب سے گزرتے ہیں) جو پیوٹوں کو مقلہ کے ساتھ ملا رکھتا ہے۔ یہ ریشہ دمعی تاجہ کے پیچھے موخر دمعی عرف (posterior lacrymal crest) پر ختم ہو جاتے ہیں اور ان سے ایک عضلہ نیار ہو جاتا ہے جو کسی زمانہ میں ناشر مخفن (tensor tarsi)

یا عضلہ ہارنر (Horner's muscle) کے نام سے موسوم تھا (وٹنال: Whitnall)۔ جبھی تنہا سے دُماع (epiphora) پیدا ہو جاتا ہے کیونکہ عضلہ محیطیہ کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے نقطہ (punctum) گلوب سے پیچھے ہٹ جاتا ہے۔ مزید برآں آنکھ تھپکنے کے دوران میں عضلہ مذکور کے انقباضی فعل سے آنسوؤں کے گزرنے میں جو مدد ملتی ہے اس کا بھی خاتمہ ہو جاتا ہے۔ دُماع (epiphora) کے علاج میں انفی قنات کو بعض اوقات سلائیوں سے متعین کرنا ضروری ہوتا ہے



شکل ۲۲۔ دمعی آلہ کی تصویر۔

تیر پہلی ڈاڑھ کی طرف اشارہ کرتا ہے، جو انفی قنات کے رخ کو ظاہر کرتی ہے۔

اور بعض حالتوں میں قناچوں کو بھی کھولنا پڑتا ہے، اور شگاف مباری نوک والے چاقو (pobe-pointed knife) (ویبر کے چاقو: Weber's knife) سے ایسے مقام پر دیا جاتا ہے کہ دمعی تاجہ کا ناندنا مدخل گلوب سے ملتا رہے۔

91

انفی قنات (nasal duct) (انفی دمعی: naso-lacrymal) طول میں

انچ سے ذرا زیادہ ہوتی ہے، اور اس میں سے جو سلائی گزاری جاتی ہے اسے نیچے کی اور ذرا نیچے کی اور باہر کی طرف پہلی ڈاڑھ کی سمت میں یعنی ناک اور خراس کے درمیانی میزب کے متوازی گزرنے چاہئے

(شکل ۲۲)۔ انفی قنات ناک کی غشائے مخاطی کو تھمتانی مقنول زائدہ (inferior turbinate process) کے نیچے بہت ترچھے رخ میں منقرب کرتی ہے، اسلئے اسکی اندرونی دیوار ایک سراج کا کام دیتی ہے۔ اگر یہ تقرح سے تباہ ہو جائے جیسا کہ بعض اوقات آتشک میں ہوتا ہے تو دومی تباہ ناک صاف کرنے پر منتفع ہو جاتا ہے۔ عظمی انفی قنات کا قطر یہ مختلف ہوتا ہے، اور ۱۰ تا ۱۵ قطر ۵ ملی میٹر سے لیکر ۵، ۷، ۱۱ ملی میٹر تک ہوتا ہے۔ اسکی موئی غشائے مخاطی کی جو اسکا استر ہوتی ہے زیر مخاطی تہ میں ایک کثیر العروق و ریدی ضغیر و پایا جاتا ہے جو اس قنات کے مہتب ہو جاتے پر باسانی متورم ہو جاتا ہے اور آنسوؤں کو گزرنے نہیں دیتا۔ طبعی قنات میں ۳، ۵ ملی میٹر قطر کی سلانی سما سکتی ہے۔ یہ ضرور مادر کھنیا جائے کہ طبعی طور پر اس قنات کا درونہ بند ہوتا ہے، اور اسکی استری غشا میں بہت متعرض شکن ہوتے ہیں جن میں سلانی کا سراسر بعض اوقات ٹک جاتا ہے۔ انہی بی عوارض انفی کبفہ میں سے دومی تاجہ تک انفی قنات کے راستہ سے باسانی صعود کر جاتے ہیں۔

# پانچم

## کان

93

صیوان الاذن (pinna) بعض اوقات خلقی طور پر غائب ہوتا ہے، اور بعض اوقات

رخسار یا گردن کی کسی جانب پر زائد اذین (auricles) موجود ہوتے ہیں۔ مومن الذکر مقام پر نام نہاد زائد یا مستزاد اذین (supernumerary auricle) یعنی غصروف کے ایک بے ڈھنگے ورق پر مشتمل ہوتا ہے جو زیرین خیشومی درزوں (branchial cleft) میں سے ایک کے حواشی سے پیدا ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 230)۔ گھنڈی کی طرح کے زائد اذین جو رخسار پر صیوان الاذن یا منفذ کے عین سامنے پائے جاتے ہیں ان چھ درنوں میں سے جن سے صیوان الاذن خود نکلتا ہے ایک یا زائد درنہ کے بقاعدہ نو یا عدم اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں۔ صیوان الاذن میں بعض اوقات ایک خلقی ناسور پایا جاتا ہے جو پہلی خیشومی درز (branchial clefts) کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ خمی کان میں اس درز کے محل پر یوسٹیکین ٹی (Eustachian tube)، طبل

(tympanum)، اور منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus) پائے جاتے ہیں۔ اور صیوان الاذن اس پوشش سے پیدا ہوتا ہے جو اس درز کے ارد گرد پائی جاتی ہے۔ بعض زیادہ چھوٹے اور زیادہ وسطی ناسور خیشومی درز کے غیر مکمل طور پر بند ہونے سے پیدا نہیں ہوتے، بلکہ ان درنوں میں سے جن سے صیوان الاذن ابتدائی طور پر بنتا ہے بعض میں مکمل اتحاد قائم نہ ہونے سے

پیدا ہوتے ہیں۔ حادثات سے صیوان الاذن (pinna) کے علاوہ ہوجانے سے تیزئی سماعت میں عام طور پر بہت کم فرق آتا ہے۔

اذین (auricle) پر کی جلد باریک اور بہت قریبی طور پر منضم ہوتی ہے۔ زیر جلدی بافت کی مقدار قلیل ہوتی ہے اور اس میں شحم بہت کم ہوتا ہے۔ اسکی سطح کے الہتابی عوارض مثلاً سرخبادہ (erysipelas) میں صیوان الاذن (pinna) انتہائی درجہ تک متورم ہوجاتا ہے اور حصص کی تنیدگی کی وجہ سے بہت سخت درد پیدا ہوتا ہے۔ صیوان الاذن اور غضروفی منفذ کھوپڑی سے بہت مضبوطی سے چسپیدہ ہوتے ہیں لہذا دونوں کان پکڑ کر جسم کو بشرطیکہ اسکا وزن بہت زیادہ نہ ہو زمین سے اوپر اٹھایا جاسکتا ہے مگر یہ تجربہ ظالمانہ اور خطرناک ہے۔

**منفذ سمعی خارجی (external auditory meatus)۔** اس کی

**قال** تقریباً ۱ انچ لمبی ہوتی ہے اور اسکا رخ آگے کی اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے لہذا اذن وسطیٰ تک پہنچنے اور اسکو معرا کر نیچے لئے سرجن صماخ کی موخر دیوار کو اپنا رہنما بناتا ہے۔ خارجی منفذ، طنف (promontory)، حلز وند (cochlea) اور داخلی منفذ ایک ہی خط میں واقع ہوتے ہیں۔ قال میں وسط پر ایک انتصابی خم ہوتا ہے جسکا انحطاط اوپر کی طرف کو ہوتا ہے۔ قال کو منظاروں یا دوسرے اوزار کے داخل کرنے کی غرض سے سیدھا کرنے کے لئے صیوان الاذن کو اوپر کی طرف کو اور کسی قدر باہر اور پیچھے کی طرف کو کھینچنا چاہئے۔ اس قال کا دروند اسکے ممر کے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔ وسط پر تیگتین ہوتی ہے اور عظمیٰ حصہ غضروفی حصہ کی نسبت زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ دہنہ خارجی ایلیمی ہوتا ہے اور اسکا طویل ترین قطر اوپر سے نیچے کی سمت میں ہوتا ہے اسلئے منظاروں کی شکل گول ہونی چاہئے ایلیمی ہونا چاہئے۔ بخلاف اس کے نالی کا اندرونی سرا مستعرض رخ میں ذرا سا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔

**اسکی دیواروں کا کچھ حصہ عظمیٰ ہوتا ہے اور کچھ حصہ غضروفی۔** بالغ میں نصف سے

زیادہ قال ہڈی سے گھری ہوتی ہے مگر ایک سال کے شیرخوار بچہ میں اسکا صرف ایک ثلث ہی عظمیٰ ہوتا ہے اور بقیہ حصہ غضروفی ہوتا ہے۔ اور پانچ چھ سال کے بچہ میں عظمیٰ اور غضروفی حصوں کی لمبائی تقریباً ایک ہی ہوتی ہے (Symington : سمنگٹن)۔

خارجی کان کی عظمی دیوار میں آگے کی نسبت پیچھے کی طرف بڑی ہوتی ہیں اور جہاں پر منفذ کے عظمی حلقہ کا مقدم حصہ واضح طور پر دکھائی دیتا ہے وہاں اسکے موخر حصہ پر ایک ڈھلان پایا جاتا ہے جو بتدریج زائدہ حلیہ کے قاعدہ کی بیرونی جانب تک پہنچ جاتا ہے۔ اکثر اوقات موخر عظمی دیوار اور کھوپری کی بیرونی جانب کی درمیانی حد ایک چھوٹے سے شوکہ یا حید سے جو ہینٹلے (Henle) کے فوق منفذی شوکہ (suprameatal spine) کے نام سے موسوم ہے ظاہر ہوتی ہے مگر ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ چونکہ مرض حلیہ (mastoid disease) کے عملیہ میں گوج (gouge) کا استعمال فوق منفذی مثلث سے شروع کیا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 106) جسکی ایک حد عظمی منفذ کے موخر حاشیہ سے بھی بنتی ہے اسلئے شوکہ ہینٹلے (spine of Henle) سرجن کے لئے ایک مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔

95

غشاء طبعی کے ترچھا ہونے کی وجہ سے منفذ کا فرش چھت کی نسبت زیادہ لمبا ہوتا ہے۔ خارجی عظمی کان میں نہ تو بال ہوتے ہیں اور نہ غد۔

نالی کے غضروفی قطعہ (cartilaginous segment) میں بہت سے

دھنی غد پائے جاتے ہیں جنہیں چھوٹے چھوٹے اور بہت درخیز خراج یا دل پیدا ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں اسیں صملاخی غد کی ایک بہت بڑی تعداد پائی جاتی ہے، جنکے افزا کی افراط سے بعض اوقات استدر میل پیدا ہو جاتا ہے کہ قنال کو بند کر دیتا ہے اور کان بہرا ہو جاتا ہے۔ غضروفی حصہ کے فرش پر سینٹورینی (Santorini) کے شقائق پائے جاتے ہیں۔ یہ ایک قسم کے وقفے ہوتے ہیں جو غضروف میں پائے جاتے ہیں اور لیفی بافت سے پڑھوتے ہیں میوان الاذن انہی کی وجہ سے زیادہ آزادی سے حرکت کرتا ہے۔ جب خراج کفلیہ (paratoid abscess) کی پیچہ منفذ خارجی میں سے نکلتی ہے تو یہ انہی شقائق کے راستہ سے آتی ہے۔

التهاب الاذن خارجی (otitis externa) میں بعض اوقات منفذ سے قیچی مواد بکثرت خارج ہوتا ہے اور کبھی کبھی معلق متہججے یا سعدانے (polypi) بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ کھوپری کی دوسری ہڈیوں کے ساتھ ہی بیرونی کان کی عظمی دیواروں میں بھی حاجی سلعات عظمیہ (ivory osteomata) کے پیدا ہونے کا ایک خاص امکان پایا جاتا ہے۔

بیرونی کان میں اکثر اجسام غریبہ انک جاتے ہیں اور چونکہ انکا مکان اکثر علی ہوا ہے اسلئے انکو اپنی جگہ سے ہٹانے کے لئے غلط کوشش کرنے سے معتد بہ نقصان پہنچ جاتا ہے۔ اس امر کی احتیاط کرنا چاہئے کہ اس قسم کے جسم کو آگے کی طرف کو نہ دھکیل دیا جائے لگہر گئی کسی ایسے مادہ سے مرکب ہے جو پانی جذب کر سکتا ہے تو پچکاری سے نکالنے کی بنیادہ کوششوں سے اسے مچھو لئے نہ دیا جائے اگر یہ منظار کی مدد سے اچھے پیچھے آہستہ سے ایک خمیدہ سلائی ڈاکٹر کا لانا نہیں جاسکتا تو بعض اوقات یہ ضروری ہوتا ہے کہ کان کے پیچھے ایک ہلانی شکل کا شگاف دیکر اس کو معرا کر لیا جائے اس سے غضروف عظمیٰ منفذ کی موخر دیوار سے عارضی طور پر علیحدہ ہو جاتا ہے۔

96

منفذی دیواروں کے تعلقات جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہیں۔ اسکی بالائی دیوار مجنبی سے ہڈی کی صرف ایک کشیف تہ کے ذریعہ علیحدہ ہوتی ہے۔ اسلئے اس حصہ کے خراج یا عظمیٰ مرض سے التهاب سحایہ (meningitis) پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ اس قنال کی مقدم دیوار صدغی قنل مفصل (temporo-maxillary joint) اور غدہ نکلغیہ کے کچھ حصہ سے علاوہ رکھتی ہے۔ اس امر سے منفذ کے ملہب ہونے کی حالت میں جبڑا ہلانے سے جو درد محسوس ہوتا ہے اسکی بھی ایک طرح سے توجیہ ہوتی ہے مگر ساتھ ہی یہ بھی یاد رکھنا چاہئے کہ فلک زیرین کی حرکت کے ساتھ ہی غضروفی منفذ میں بھی حرکت ہوتی ہے اور نیز دیوار ہائے منفذ اور مفصل مذکور دونوں کی رسد ایک ہی عصب سے آتی ہے (اذینی صدغی: auriculo-temporal)۔ جبڑے کے قنال سے اسکا جو تعلق ہے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ منفذ کی اس دیوار میں ٹھنڈی کے بل گرنیے کسرواقع ہو سکتا ہے۔ نکمفی غدہ کے اندر کا خراج سینٹورینی (Santorini) کے ثقاقول کے راستہ سے جو اس گذرگاہ کی مقدم دیوار میں واقع ہوتے ہیں منفذ تک پھیل سکتا ہے۔ موخر دیوار منفذ کو علمی خلیات (mastoid cells) سے علیحدہ کرتی ہے۔ موخر دیوار کے عین پیچھے (یعنی خارجی اذنی منفذ کے وسطی نقطہ سے تقریباً  $\frac{3}{4}$  انچ کے فاصلہ پر) جانبی جوف (lateral sinus) ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔ عظمیٰ منفذ کی تحتانی دیوار بہت کشیف اور مضبوط ہوتی ہے اور غدہ (vaginal) اور ابری (styloid) زوائد کی متناظر ہوتی ہے۔

**رسد خون**۔ صیوان الاذن اور منفذ خارجی کو خون کی رسد صدغی اور موخر

اذینی شریانوں سے بخوبی پہنچتی ہے اور منفذ کو خارجی قنل (external maxillary) کی

ایک شاخ بھی جاتی ہے! اس رسد کے باوجود صیوان الاذن میں پالا مار جانے سے گنگرین واقع ہو جاتی ہے۔ اور اسکی وجہ یہ ہے کہ تمام عروق سطحی ہوتے ہیں اور سطح کے نیچے اسکے نزدیک ہی واقع ہوتے ہیں اور نیز یہ حصہ سردی لگنے کے لئے کھلا رہتا ہے اور اسپرچرلی کی کوئی پوشش نہیں ہوتی یہی حالات بیرونی سردی سے ناک میں گنگرین واقع ہونے کے محض ہیں۔ خونی سلمات (سلماست - دمویہ) صیوان الاذن میں اکثر دیکھنے میں آتے ہیں! اور گھونٹے بازوں، فٹ بال کھیلنے والوں اور دیوانوں میں عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ یہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں اور خون کی وجہ بدری پر مشتمل ہوتے ہیں جو گرد کڑی اور غضروف کے درمیان واقع ہوتی ہے۔

### عصبی رسد - صیوان الاذن کو ازبنی صدغی (auriculo-temporal) او

97

عظیم ازبنی (great auricular) اور صغیر قذالی (small occipital) اعصاب سے رسد پہنچتی ہے (دیکھو شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ منفذ کی رسد زیادہ تر ازبنی صدغی (auriculo-temporal) کے ذریعہ سے آتی ہے اور عصب تاہیہ (vagus) کی ایک ازبنی شاخ اسکی مدد کو آتی ہے [آرنولڈ (Arnold)] کا عصب جو اس قنال کے پیرین اور پچھلے حصہ کو جاتی ہے اور یہ شاخ قنال کی ابتدا سے دوڑ نہیں ہوتی۔ وجہی (facial) سے بھی ایک شاخ نکلتی ہے جو منفذ میں جا کر ختم ہوتی ہے (رمزٹے ہنٹ : Ramsay Hunt)۔ عصب تاہیہ کی ازبنی شاخ کے متعلق کان کے عصبی تعلقات کے سلسلہ میں بہت سائنس طن پایا جاتا ہے۔ پرنکلف دعو توں میں یہ عام طور پر دیکھنے میں آتا ہے کہ جب عرق گلاب سامنے رکھا جاتا ہے تو زیادہ تجربہ کار شرکائے دعوت کان کی پچھلی طرف کیے نیچے حصہ کو تر دست مال سے مس کرتے ہیں۔ کہا جاتا ہے کہ یہ عمل بہت نازکی کشش ہے اور انھیں متعلق یہ خیال ہے کہ اس سے آرنولڈ (Arnold) کے عصب میں غیر اختیاری طور پر ہیجان پیدا ہو جاتا ہے اور یہ وہ عصب ہے جسکا تہہ معدہ کو جاتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس عصب کو مزاحاً ”عصب اشیخ“ (alderman's nerve) کہا جاتا ہے۔

### اذنی کھانسی۔ اذنی چھینک۔ اذنی جمائی: تکلیف دہ

خشک کھانسی میں منفذ میں کسی تنہایت کا پایا جانا قلیل الوقوع نہیں بعض اوقات منظر کے صرف داخل کرنے ہی سے مریض کو کھانسی شروع ہو جاتی ہے! ایک ایسے واقعہ کی اطلاع دیکھا چکی ہے



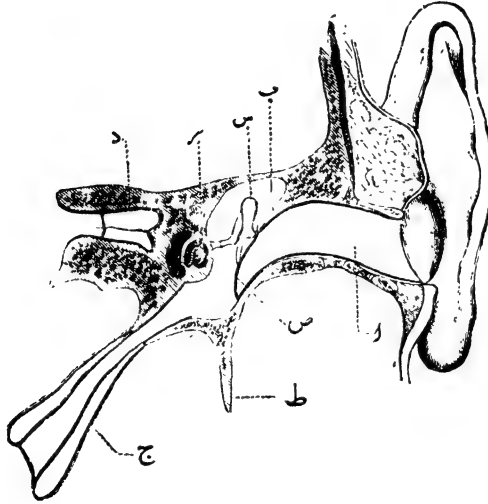
جس میں اٹھارہ ماہ تک تکلیف دہ کھانسی موجود رہی اور کان سے میل کی ایک ڈاٹ نکالنے سے فوراً بند ہو گئی۔ ایسی حالتوں میں خراش تنفس اور کھانسی کے مراکز تک جو چونے لمبین کے فرش پر ہوتے ہیں عصب تائیہ (vagus) کی اذینی شاخ کے ذریعہ سے منتقل ہوتی ہے۔ گاسکل (Gaskell) نے یہ ثابت کیا ہے کہ عصب تائیہ میں پانچویں عصب کے غیر متعلق مشتائی ریشے بھی موجود ہوتے ہیں لہذا عصب تائیہ کے نواتات میں پانچویں عصب کی شاخوں مثلاً اذینی صدغی سے اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ منفذ سمعی خارجی کے اعصاب کا جو تعلق عصب تائیہ کے نواتات سے ہوتا ہے اس سے ایسی چھینکیوں اور قیوں کی توجیہ بھی ہو جاتی ہے جو خارجی منفذ میں جسم غریب کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ اسی عصبی تعلق سے ان جمائیوں کا سبب بھی معلوم ہو جاتا ہے جو کان کی شکایتوں میں بار بار آیا کرتی ہیں۔ جو خراش تحتانی سنی (inferior dental) اور 98 لسانی (lingual) اعصاب کے ذریعہ سے پہنچتی ہے وہ اذینی صدغی کے ساتھ ساتھ محمول ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ کان کے درد میں زبان اور نیچے کے دانتوں کا امتحان کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ سرطان زبان کی حالتوں میں درد اذنی، صدغی اور حملی خطوں میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ ہیڈ (Head) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ کان، نوز، زبان یا نیچے کے جڑے کے مرض میں اس جڑے کے ساتھ ساتھ یا اسکے نیچے کی جلد پر الیمیت کا ایک رقبہ پایا جاتا ہے۔

آنکھ کے شدید عوارض کو رفع کرنے کے خیال سے کان میں حلقے ڈالنے کا ایک عام رواج تھا۔ بنا گوش کو عظیم اذینی عصب جو دوسرے اور تیسرے عصبی اعصاب سے نکلتا ہے رسد پہنچاتا ہے۔ اور آنکھ کو پانچویں عصب کی عینی (ophthalmic) قسمت سے رسد پہنچتی ہے۔ جن مراکز سے یہ اعصاب ملتے ہیں انیس ایک معین تعلق پایا جاتا ہے کیونکہ پانچویں عصب کا زیریں جی نوات اس رمادی مادہ کا جس سے عصبی اعصاب کی موضوعیں نکلتی ہیں ایک بلا واسطہ تسلسل ہے جو اوپر کی طرف کو چلا گیا ہے۔

ہلٹن (Hilton) نے کان کے مبہم سے درد کے ایک واقعہ کی الملاء دی ہے۔ اس میں یہ معلوم ہوا کہ یہ گردن کے ایک کلانی یافتہ غدہ سے پیدا ہوا تھا جو عظیم اذینی عصب کے تنہ پر دباؤ ڈالتا تھا۔

**غشاء طبعی (membrana tympani)**۔ یہ غشاء بہت تر جمی واقع ہوتی ہے اور افقی مستوی کے ساتھ یہ ۵۵ درجہ کا زاویہ بناتی ہے۔ بوقت پیدائش یہ تقریباً افقی معلوم ہوتی ہے

اگرچہ درحقیقت ایرا نہیں ہوتا۔ چونکہ منفذ کی غلطی دلیا را اپنے اندرونی سرے پر نیچے کی طرف کو ڈھلوانا ہوتی ہے اسلئے یہ اس غشا کی زیریں کو رکے ساتھ ایک قسم کا جوف بنا دیتی ہے جس میں چھوٹے چھوٹے اجسام غریبہ بآسانی پڑے رہتے ہیں (شکل ۲۳)۔ ہڈی کا وہ حلقہ جسکے ساتھ یہ غشا چپکی ہوتی ہے اپنے بالائی اور مقدم حصہ پر نامکمل ہوتا ہے۔ اس طرح جو رخنہ رہ جاتا ہے اس کو طبلی کٹاؤ



شکل ۲۳۔ یہ تراش خارجی منفذ، اذن وسطیٰ اور یوسٹیکین ٹی میں سے گزرتی ہے۔ (ٹلو)

۱۔ خارجی سمی منفذ۔ ج۔ کہف طبلی کا علیہ۔ ج۔ یوسٹیکین ٹی۔ د۔ داخلی سمی منفذ۔

۲۔ ملاوٹ۔ ۳۔ استخوانچے۔ ۴۔ غشاء طبلی۔ ۵۔ زائده ابیرہ۔

(tympanic notch) یا ریوینی (Rivini) کا کٹاؤ کہتے ہیں۔ اس میں ڈھیل ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے جو منفذ کے استر کے ایک تسلسل سے پوشیدہ ہوتی ہے اور پیپ اذن وسطیٰ میں سے اس میں سے گزر کر اس غشا کو متقب کو بغیر سمی قال میں آسکتی ہے۔ جب یہ غشا کسی شدید ارتجاج کے ہوا میں قفل ہونے سے پھٹ جاتی ہے تو دریدگی اس کٹاؤ کے بالمقابل واقع ہوتی ہے کیونکہ یہاں پر اسکی چسپیدگیاں دوسرے مقامات کی نسبت کم مضبوط ہوتی ہیں۔ اس غشا میں بہت کم ٹچک موجود ہوتی ہے جیسا کہ اس حصہ کے زخمی ہونے کے بعد لب ہائے زخم کی ذرا سی کشادگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

دوسرے وجہ کے علاوہ ایک یہ بھی وجہ ہے کہ سر جن اس غشائیں جو اشتقاق بناتا ہے وہ بہت جلد مندمل ہو جاتا ہے۔ یہ غشا جھٹکنے، کھانسی اور تھکے وغیرہ کے دوروں میں مشق ہو چکی ہے۔ یہی ضرر کان پر گھون لگنے اور مادہ ارتباجات (مثلاً وہ جو کسی بلند آواز سے پیدا ہوتے ہیں) سے بھی پیدا ہو چکا ہے۔

موتی کی طرح کی رماوی غشائے لمبل کو منظر میں سے معکوس روشنی سے دیکھنے پر ایک مثلث نما معکوسہ نور (light reflex) نظر آتا ہے اسکا قاعدہ نیچے کی طرف کو اور کی طرف آگے کی طرف کو ہوتا ہے اور اسکا راس لمبل کے مرکز کے قریب حیدہ (umbo) پر ہوتا ہے اس زاویہ کی چوڑائی مختلف اشخاص میں مختلف ہوتی ہے لیکن جب لمبل اندر کی طرف کو کھینچا ہوتا ہے تو یہ زاویہ تنگ ہو جاتا ہے اور جب لمبل باہر کی طرف کو ابھرا ہوتا ہے تو یہ چوڑا ہو جاتا ہے۔ جب التهاب کی وجہ سے لمبل کی چمک غائب ہو جاتی ہے تو یہ مثلث نما معکوسہ نور ماند پڑ جاتا ہے اور اسکا خاکہ دھندلا ہو جاتا ہے

**حیدہ (umbo)** یا نشیب کا عمیق ترین حصہ تمام غشائے مرکز کے عین نیچے واقع ہوتا ہے اور یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ کے سرے کی چسپیدگی کا متناظر ہوتا ہے۔ دستہ کا بقیہ حصہ دوران حیات میں غشائیں سے دیکھا جاسکتا ہے۔ مطرقہ (malleus) کا سر غشائے کوئی تعلق نہیں رکھتا کیونکہ یہ غشائے لیول سے اوپر لمبل کے علقیہ (attic) میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۳)۔ غشا کا جو قطعہ حیدہ (umbo) سے اوپر ہوتا ہے اسکی عرق اور عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے۔ یہ مطرقہ (malleus) کے دستہ اور استخوانچوں کی زنجیر کا متناظر ہوتا ہے اور دونوں نذول (fenestra) اور طنف (promontory) کے بالمقابل ہوتا ہے۔ لمبل (chorda tympani) عصب بجا اس فوق حیدہ حصہ کو عبور کرتا ہوا گذرتا ہے۔ بخلاف اسکے جو قطعہ حیدہ (umbo) سے نیچے ہوتا ہے وہ کسی اہم حصہ کا متناظر نہیں ہوتا اور کم عروق دار اور کم حساس ہوتا ہے۔ لہذا لمبل فشانہ میں سے لمبل کا بئرل (paracentesis of the tympanum) ہمیشہ فوق حیدہ حصہ میں سے کرنا چاہئے۔ اگر یہ عمل حیدہ سے اوپر کیا جائے تو ممکن ہے کہ چاقو سندان (incus) کو جالگے اور اس ہڈی کو اسکی چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دے یا لمبل (chorda tympani) کھینچے جس سے ریتی کاشلی افزا شروع ہو جاتا ہے۔ مطرقہ (malleus) اور رکیب (stapes) اتنی مطلوبی سے چسپیدہ ہوتی ہیں کہ باسانی ملحدہ نہیں کیجا سکتیں۔

اس غشا کو خون کی رسد ابری ملی (stylo-mastoid) شریان اور اندرونی فکی (internal maxillary) کی لمبل (tympanic) شاخ سے آتی ہے اور اسکی عصبی رسد

ازینی صدغی (auriculo-temporal) وجہی (facial) اور تائب (vagus) سے حاصل

ہوتی ہے۔ طبعی کہفہ (tympnic cavity) کی شکل انسان کی ہتھیلی کے گڑھے کی سی ہوتی

ہے۔ اسکی بیرونی حد زیادہ تر غشاء طبعی سے بنتی ہے۔ مقدم جانب پر یہ کیوٹیکین (Eustachian)

نلی کے ذریعے سے انفی بلوم (nasopharynx) سے ربط و رابطہ رکھتی ہے اور موخر جانب پر مدخل

(aditus) اسکے علیہ (attic) سے یعنی اس حصہ سے لیکر غشاء طبعی کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے

چیمچے کی اور ذرا اوپر کی طرف کو صلی مغارہ میں چلا جاتا ہے۔ اس کہفہ کا عرض اندرونی دیوار سے لیکر

بیرونی دیوار تک ۲ تا ۳ ملی میٹر (۱/۴ تا ۱/۲ انچ) ہوتا ہے۔ اسکا تنگ ترین حصہ وہ ہے جو طبل کے

حیدہ (umbo) اور طنف (promontory) کے درمیان ہوتا ہے۔ اگر غشاء طبعی کے مرکز میں سے

ایک باریک ڈنڈا اندر داخل کر دیا جائے تو وہ اس کہفہ کی اندرونی دیوار کے طنف

(promontory) سے ٹکرائے گا۔ انقباضی اور مقدم موخر قطر فرداً تقریباً ۱۲ - ۱۴ ملی میٹر

(۱/۴ انچ) ہوتے ہیں۔

اندرونی دیوار پر طنف (promontory) سے اوپر بیضوی نافذہ (fenestra

ovalis) (دہلیزی نافذہ: fenestra vestibuli) ہوتا ہے جو ایک غشا سے بند ہوتا ہے

جسکی وسطی جانب پر اذن اندرونی کی دہلیزی نردبان (scala vestibuli) ہوتی ہے اور

اسکے نیچے اور پیچھے کی طرف مدور نافذہ (fenestra rotunda) (حزونی نافذہ: fenestra

cochleæ) (شکل ۲۴) ہوتا ہے جو اس غشا سے بند ہوتا ہے جو نردبان طبعی (scala

tympani) کو بند کرتی ہے۔ رکیب (stapes) کا پائمان بیضوی نافذہ (fenestra ovalis)

کے غشا سے اس مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے کہ اصولی عملی (radical mastoid

operation) کرتے وقت جب استخوانچے دور کئے جاتے ہیں تو یہ علاحدہ نہیں ہوتا۔ طبل

(tympanum) کی اندرونی دیوار کے بالائی اور موخر حاشیہ پر کوجی نالی (facial canal)

یا فلونی مصیف (aqueduct of Fallopius) گذرتا ہے۔ مصیف کی دیوار اتنی پتی ہوتی ہے کہ

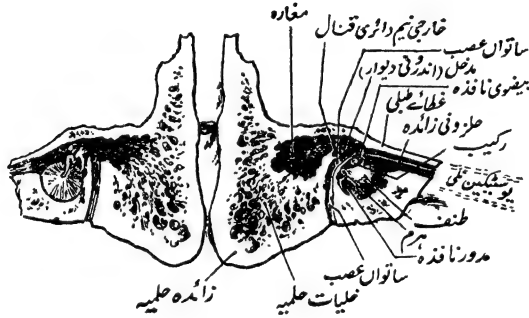
البتہابی ضرر اذن وسطی سے وجہی عصب تک باسانی پہنچ سکتا ہے۔ بہت پتلی بالائی دیوار یا حیت

(غشاء طبعی: tegmen tympani) پر صدغی تدی (temporo-sphenoidal) نختہ مستمکن

ہوتا ہے۔ اسی دیوار میں ججری فلسفانی درز (petro-squamous suture) واقع ہوتی ہے جو

پہلے سال کے اختتام پر مل جاتی ہے۔ اور اس میں عام طور پر جرجری فلسمانی ورید ہوتی ہے جو ابستہ دانی و داجی (primitive jugular) کے آثار میں سے ہوتی ہے۔ بشر خوار بچہ میں ایک درزی غشا ہڈیوں میں سے گزرتی ہے اور بعض اوقات سرایت کے اذن و مطلی سے اسمعیہ تک پھیلنے کے لئے سیدھے راستہ کا کام دیتی ہے۔

اس کا فرش بہت تنگ ہوتا ہے۔ اسکا زیر ترین حصہ غشائے طبلی (membrana tympani) اور یوسٹیکین (Eustachian) نلی کے سوراخ ہر دو کے لیول سے نیچے ہوتا ہے۔



شکل ۲۲۔ طبلی اور مغارہ کی اندرونی دیوار۔

خارجی نیم دائری قنال کا محل اور وجہی عصب (ہنتم) کا مڑو کھایا گیا ہے۔

اور اسلئے اس مقام پر پیپ باسانی جمع ہو سکتی ہے (شکل ۲۲)۔ یہ فرش ہڈی کا ایک باریک صفحہ ہوتا ہے جسکے نیچے و داجی (jugular) ورید کا بصلہ واقع ہوتا ہے جسکے سامنے داخلی سباتی (internal carotid) شریان پائی جاتی ہے۔ گاہے گاہے مرض یا کسی خلقی نقص کی وجہ سے اسکا کچھ حصہ غائب بھی ہوتا ہے ایسی حالتوں میں اذن و مطلی کے مرض میں کان میں خطرناک زرف واقع ہو چکا ہے۔ چنانچہ ایک واقعہ میں جسکا علم سی۔ سی چوائس کو ہے طبلی تنگی (myringotomy) کے بعد شدید وریدی زرف واقع ہوا تھا۔

موضح دیوار کے بالائی حصہ میں طبلی جوف کا قتحہ یا مدخل (aditus) ہوتا ہے (علیہ کا مغارہ)۔ ہوائی جوف علیہ (attic) میں کھلتا ہے۔ یہ طبلی کہفہ کا وہ حصہ ہے جو غشائے طبلی کے

لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۲۵)۔

**طبلی جوف** (tympanic sinus) (علمیہ کا مغارہ: antrum of the mastoid)

103

(شکل ۲۳ و ۲۴)۔ خارجی سمی منفذ کے اوپر اور پیچھے حلی زائندہ کے قاعدہ میں واقع ہوتا ہے۔ معدہ دخل کے اسکی شکل قریب قریب کی سی ہوتی ہے۔ اس نفا اور ان حلی خلیات کا جو اس میں کھلتے ہیں اور اسکے ارد گرد واقع ہوتے ہیں ماؤف ہو جانا اذن وسطی کے مرض کی ایک نہایت خطرناک پیچیدگی ہے۔ یہ جوف اتنا بڑا ہوتا ہے کہ اس میں سیم کا ایک چھوٹا سا بیج آ سکتا ہے۔ یہ پیدائش کے وقت پر موجود ہوتا ہے اور طبلی کہف کے ساتھ جو پاتا ہے۔

اوپر کی طرف اسکی چھت جو غطاء طبلی (tegmen tympani) سے جوڑی کا ایک ۲ ملی میٹر موٹا صفحہ ہوتا ہے، نبتی ہے، اسکو تیسری صدی تلغیف سے علحدہ کرتی ہے۔ چھوٹی چھوٹی وریدیں چھت کو منقب کر کے جبری فلسمانی ورید میں جا ملتی ہے۔ اور یہ اسی نام کی درز کے بقیہ حصہ میں واقع ہوتی ہے۔ شیرخوار بچہ میں یہ ربط اور بھی آزادانہ ہوتا ہے، کیونکہ یہ درز پہلے سال کے اختتام تک بند نہیں ہوتی۔ چھت کا لیول فوق منفذی عرف (suprameatal crest) یعنی وجنہ (zygoma) کی جڑ کی موثر اطالت سے عین اوپر ہوتا ہے، لہذا اگر سرجن اس عرف سے نیچے رہے تو کھوپڑی کے اتقاقیہ کھلنے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

مغارہ (antrum) کے نیچے حلی زائندہ ہوتا ہے جو اکثر غلیہ دار اور بعض اوقات ٹھوس ہوتا ہے۔ مغاری فرش کا لیول عظمی خارجی منفذ کی موزر دیوار کے نقطہ وسطی کے پیچھے ہوتا ہے۔

سامنے کی طرف ہڈی کی ایک دیوار ہوتی ہے جو مغارہ (antrum) کو خارجی سمی منفذ کے اندرونی حصہ سے علحدہ کرتی ہے۔ اس دیوار کے سب سے اونچے حصہ میں مدخل (aditus) ہوتا ہے جو ایک بیضوی فتحہ ہے، اور یہ اتنا بڑا ہوتا ہے کہ اس میں معمولی تکیستی سلائی داخل ہو سکتی ہے اور یہ مغارہ (antrum) سے آگے کی اور کیتدر پیچھے کی اور ذرا اوپر کی طرف کو ہو کر غلیہ (attic) میں پہنچ جاتی ہے۔

اندرونی دیوار پر ایک قنال ہوتی ہے جو جوچی عصب (facial nerve) کے لئے ہوتی ہے۔ یہ قنال اپنے رقبہ (genu) سے جو مدخل (aditus) کی اندرونی دیوار میں ہوتا ہے

نیچے کی طرف کو آتی ہے۔ علاوہ ازیں اس جگہ پر وجہی قنال کے عین پیچھے اور اس سے ذرا اوپر خارجی نیم دائری قنال (external semicircular canal) ہڈی میں مدفون ہوتی ہے (شکل ۲۳)۔ طبلی جوف (tympanic sinus) کے منہ پر اور طبلی (tympanum) کے علیہ (attic) میں سندان (incus) اور مطرقہ (malleus) کا سرا اور ان کے ربا لحات واقع ہوتے ہیں اور یہ وہ ساختیں ہیں جو بعض اوقات مرض زدہ ہوتی ہیں اور انکو دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جس حالت مرض میں اصولی عملیہ کی ضرورت ہوتی ہے اس میں اس اندرونی دیوار کی ہڈی بعض اوقات

104



شکل ۲۵ اذن وسطی کے محل اور تعلقات اور مختلف حصوں کو ظاہر کرتی ہے۔  
(نیز دیکھو شکل ۶ صفحہ ۲۵)

بوسیدہ ہوتی ہے اور وجہی عصب (facial nerve) یا نیم دائری قنال (semicircular canal) کو بے احتیاطی سے باسانی نقصان پہنچ سکتا ہے اور وجہی شلل اور دوران سر کے پیدا ہونے کا اندیشہ ہوتا ہے۔ منفذ کے فوقانی اور موخر کنارے عصب وجہی (facial nerve) کے محل کو ظاہر کرتے ہیں۔ یہ عصب (شکل ۲۵) جوف یا منارہ (antrum) کی اندرونی دیوار پر فوق منفذی شلت (suprameatal triangle) سے ۴ تا ۲۲ ملی میٹر گہرا واقع ہوتا ہے (جوائس)۔ عصب اپنے رقبہ (genu) سے اپنی قنال میں چلا جاتا ہے اور پھر مدخل (aditus) کی اندرونی دیوار میں سے نیچے کی طرف کو جا کر اور ہڈی کے اس پل میں سے جو منارہ (antrum) کو اذن وسطی سے علحدہ کرتا ہے گزر کر انجام کار ابری صلی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے باہر نکل آتا ہے۔





مختلف افراد میں یہ ۱۲ تا ۲۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ جب ہڈی کو لٹیا ٹومائی بالید (cholestea) (tomatous growth) سے متاثر ہو جاتی ہے تو یہ کہفہ بعض اوقات گوج (gouge) کی پہلی ہی کاٹ سے معرا ہو جاتا ہے۔ اندرونی کان (اندرونی دیوار) کو بری کی جانب سے حلی مغارہ (mastoid antrum) کی نسبت ذرا گہرا واقع ہوتا ہے۔ اور مغارہ (antrum) جانبی جوف کی نسبت ذرا گہرا ہوتا ہے۔ طبعی طور پر بالغ میں خون کا جوف خارجی بھی منفذ کے نقطہ وسطی سے ۳ انچ پیچھے ہوتا ہے۔ (موضو حاشیہ سے ۱۰ انچ) مگر بعض اوقات یہ اور آگے نکل جاتا ہے اور مغارہ (antrum) کے موخر حصہ پر متراکب ہو جاتا ہے۔ نا تجربہ کار مریجن خارجی اذن میں کبھی کبھی آہستہ سے سلائی داخل کرنے سے اس امر کا یقین کر سکتا ہے کہ مغارہ (antrum) اسے کس گہرائی پر ملے گا۔ مزید برآں تا وقتیکہ اسے یہ کہفہ مل جائے اسے سلائی کے متوازی رخ میں کام کرنا چاہئے۔

مغارہ کی (antrum) کی تناظر حلی ترسیم کیون (Macewen) کی فوق منفذی مثلث ہے (شکل ۲۵)۔ یہ اوپر کی طرف فوق منفذی عرف یا (مؤخر و جہی چیمت: posterior) zygomatic roof سے اور پیچھے کی طرف اس عمود سے جو عرف سے عظمیٰ منفذ کے موخر حاشیہ کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے اور مقدم جانب پر اس خط سے جو عظمیٰ منفذ کا ماس ہو اور دونوں خطوں سے ملتا ہو عمود و دہوتی ہے۔ موضو منفذی دیوار کے صحیح محل کی ترسیم اکثر ہینل (Henle) کے شکوہ یا حید کی موجودگی سے ہوتی ہے۔ اور مثلث بذات خود ایک اٹھلے انشیب کی شکل کی ہوتی ہے جو انگلی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

**رسائی۔** اس رقبہ میں سرجن گوج (gouge) کا استعمال بلا خطر کر سکتا ہے تا وقتیکہ

وہ سطحی حلی خلیات کو توڑ کر مغارہ (antrum) کو نہیں کھول لیتا۔ اسکے بعد وہ اس امر کا یقین کہ وہ اسی کہفہ ہی میں ہے اور وہ کسی بڑے سے خلیہ میں نہیں اسکے مقدم فوقانی زاویہ میں سے مدخل (aditus) میں سلائی داخل کرنے سے کر سکتا ہے۔ مزید برآں مغارہ (antrum) تک ضابطی سعی منفذ کی موضو دیوار اور اسکی چیمت کے مقام اتصال کی متابعت کرنے سے بھی رسائی کی جاسکتی ہے۔ برما منفذ سے ۵ ملی میٹر پیچھے اور اسکے بالائی حاشیہ کے لیول پر داخل کیا جاتا ہے اسکی چیمت منفذ کے لیول سے ۵ ملی میٹر اوپر ہوتی ہے۔

## علمی خلیات (mastoid cells) علمی زائده کی بالیدگی کے ساتھ ساتھ

107

نمویاتے ہیں جو دوسرے سال ہی ایک واضح طور پر نمایاں ساخت کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ بوقت پیدائش جوف کے علاوہ بعض دوسرے خلیات بھی بیرونی دیوار میں موجود ہوتے ہیں۔ (ینگ: Young) زمانہ نشوونما کی علمی زائده کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں۔ ایک وہ جس میں ہڈی کثیف ہوتی ہے یہ وہ قسم ہے جو ایک فیصدی بالغوں میں برقرار رہتی ہے۔ دوسری وہ جس میں علمی زائده ڈپٹی دار ہوتا ہے۔ یہ قسم ۲۰ فیصدی بالغوں میں موجود رہتی ہے (ایچٹل: A. Cheate)۔ بالغوں میں تین قسمیں تسلیم کی گئی ہیں اور یہ سب تقریباً یکساں کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ (۱) وہ جنہیں خلیات بڑے ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور جوف طبل (tympanic sinus) سے ربط رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جنہیں مرکزی خلیات بڑے ہوتے ہیں اور جوف سے ربط رکھتے ہیں اور محیطی خلیات چھوٹے اور بند ہوتے ہیں۔ (۳) وہ جنہیں تمام فضائیں چھوٹی اور بند ہوتی ہیں۔ یہ خلیات جوف کو گہیرے ہوتے ہیں اور بعض اوقات پیچھے کی طرف کو علمی قذالی درز (masto- occipital suture) تک آگے کی طرف کو فوق منفذی خط تک اور پر کی طرف کو علمی جداری درز (masto- parietal suture) تک اور نیچے کی طرف کو علمی زائده کے راس تک چلے جاتا ہے۔ الہابی حالتوں سے بعض اوقات علمی خلیات کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں۔ اور ہڈی اتنی کثیف ہو جاتی ہے کہ چھیننے کی مزاحمت کرتی ہے۔ زیادہ اوپری خلیات کی وریدیں علمی زائده کی گرد علمی وریدوں میں جاتی ہیں اور انکے ذریعہ سے التهاب سطح تک پہنچ جاتا ہے جس سے کان کے پیچھے نہج اور ورم پیدا ہو جاتا ہے۔

## یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) طبل (tympanum) کی مقدم دیوار

پرکھلتی ہے (شکل ۲۳ و ۲۴)۔ یہ نلی جو ۱۲ انچ لمبی ہوتی ہے بلعوم میں کھلنے سے طبل میں ہوا کی مناسب رسد پہنچاتی ہے اور غشائی دونوں طرفوں کے دباؤ کو مساوی کرتی ہے۔ طبل (tympanum) کا فرش یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے بیرونی فتحہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے۔ اس نلی کا خط سمت کھوپری کے قاعدہ کے مستعرض اور مقدم موخر محوروں کے درمیان تقریباً عین وسط پر واقع ہوتا ہے۔ بالغ میں اسکا میلان نیچے کی طرف کو ہوتا ہے جس سے افقی مستوی کے ساتھ ۴۰ درجہ کا

108

زاویہ بنتا ہے۔ بچہ میں یہ زاویہ صرف ۱۰ درجہ کا ہوتا ہے (سمنگٹن: Symington)۔ بالوں میں نلی کا تین چوتھا حصہ عضروفنی اور ایک چوتھا فی عظمیٰ ہوتا ہے (سمنگٹن: Symington)۔ سکی باہر کی جانب پر عضلہ ناشرہ حنکیہ (tensor palati) اور پانچویں عصب کی تیسری قسمت اور وسطی سحائی (middle meningeal) شریان واقع ہوتی ہے۔ اندرونی جانب پر پس بلعومی بافت (retropharyngeal tissue) اور (کانی پیچھے) داخلی سباتی (internal carotid) شریان واقع ہوتی ہے۔ نلی کا بلعومی دہن عام طور پر بند رہتا ہے۔ مگر کچھ وقت یہ زیادہ تر ناشرہ حنکیہ (tensor palati) کے فعل سے کھل جاتا ہے اور اگر ناک اور منہ بند کر کے رخسار کھلا لے جائیں تو دونوں کانوں میں دباؤ کا ایک احساس پیدا ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی قوت سماعت بھی کم ہو جاتی ہے اور یہ تغیر غشاء طبعی کے اس ہوا سے جو طبل (tympanum) میں بھرتی ہے باہر کی طرف ابھر جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ اذن وسطی کے منتخ کرنے کا یہ طریقہ **ولسلوا کے طریقہ** (Valsalva's method) کے نام سے موسوم ہے۔

**یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) میں ہوا گزرنے کے پولیٹزر کے طریقہ** (Politzer's method) میں مریض کا منہ بند کر دیا جاتا ہے۔ اور ایک تنھے میں ہوا سے بھری ہوئی ربڑ کی تھیلی کی ٹوٹی داخل کر دی جاتی ہے۔ اور تنھے بند کر کے مضبوطی سے پکڑ لئے جاتے ہیں۔ مریض کو پانی کا ایک گھونٹ پینے کے لئے کہا جاتا ہے اور ساتھ ہی تھیلی کو زور سے خالی کر دیا جاتا ہے۔ ہوا جسے لئے کھینچنے کا اور کوئی راستہ نہیں ہوتا اس طرح کھلی یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) میں گھس جاتی ہے۔ سرجن ایک نلی کے ذریعہ سے جو مریض کے اور اسکے اپنے منفذ کے درمیان لگی ہوتی ہے اس ذرا سے شور کے سنائی دینے کی طرف خیال رکھتا ہے جو ہوا کے داخل ہونے سے ہوتا ہے۔

**یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے مدت تک بند رہنے سے خواہ وہ انتہائی ورم کے پھیلنے سے یا بلعوم میں سے غدودہ کی بیش پرورش سے بند ہوئی ہو یا بلعومی سلعات یا سعدا (polypus) سے میکانی انسداد واقع ہوا ہو کان کے اندر کی کچھ ہوا جذب ہو جاتی ہے اور اس سے بہرین پیدا ہو جاتا ہے۔** یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کے بہرہ دارا ستر کے ذریعہ سے سرائت اذن وسطی تک پھیل سکتی ہے۔ سی جے۔ بونڈ (C. J. Bond) کو یہ معلوم ہوا ہے کہ طبل کے شعبہ کے ایک واقعہ میں نلی کے ذرات جبکہ انتفاخ انفی بلعوم میں کیا گیا تھا بعد میں

اس مواد میں سے نکلے جو خارجی منفذ میں سے بہا تھا۔

نئی کے بلعومی سورخ کی اوپر کی کور قاعدی زائده سے تقریباً  $\frac{1}{2}$  انچ نیچے بلعوم کی موخر دیوار سے  $\frac{1}{2}$  انچ آگے تھمائی مفتول ہڈی (inferior turbinate bone) کے موخر سرے سے  $\frac{1}{2}$  انچ پیچھے اور حنک الرخو (soft palate) سے  $\frac{1}{2}$  انچ اوپر واقع ہوتی ہے (ٹلو: Tillaux)۔ جنین میں یہ سورخ حنک الصلب (hard palate) سے نیچے واقع ہوتا ہے اور بوقت پیدائش اسی کے لیول پر ہوتا ہے۔ اس سورخ کی شکل مثلثی ہوتی ہے۔

109

یوٹیکین نی (Eustachian tube) کے سورخ پر جو ارتفاع ہوتا ہے اسکے عین پیچھے بلعوم کی دیوار میں ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ بلعومی گوشہ (pharyngeal recess) یا حفرہ روزنملر (fossa of Rosenmüller) کہلاتا ہے (شکل ۲۸ صفحہ ۱۲۱)۔ اسے بعض اوقات غلطی سے نلی کا سورخ تصور کر لیا جاتا ہے۔ درہیں یوٹیکین قاسطیر (Eustachian catheter) کا سرا آسانی اٹک جاتا ہے۔ جن واقعات میں بلعومی لوزہ (Luschka's tonsil) کلانی یافتہ ہوتا ہے، انہیں یہ حفرہ طرفین پر بعض اوقات بہت گہرا ہو جاتا ہے اور اس سے ایک تنگ عطفہ بنتا ہے (دیکھو صفحہ ۱۸۴)۔ یوٹیکین قاسطیر (Eustachian catheter)

گزارنے کے لئے اس آلہ کو اسکا انقعا نیچے کی طرف رکھ کر اسے تھنوں کے فرش کے ساتھ ساتھ داخل کیا جاتا ہے۔ حتیٰ کہ اسکا سر حنک الصلب (hard palate) کی موخر کور کے اوپر سے بلعوم میں گرتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اب اس آلہ کو باہر کی طرف کھینچنا چاہئے حتیٰ کہ اسکا سر حنک الصلب کی موخر کور کے اوپر سے پھراٹھتا ہوا محسوس ہو۔ اس مقام پر پہنچ کر قاسطیر کو آگے آگے کی طرف کو دھکیل دینا چاہئے اور دھکیلنے وقت اسکی نوک کو ریع دائرہ پر سے باہر کی طرف کو گھما دینا چاہئے۔ اس تدبیر سے اسکو نلی کے سورخ میں آجانا چاہئے۔

**طبیل کی رسد خون۔** جو شریانیں طبیل کو رسد پہنچاتی ہیں وہ داخلہ فلی

(internal maxillary) اور داخلہ سباتی (internal carotid) کی طبیلی (tympanic) شافیں اور وسطی سحائی (middle meningeal) کی حجری (petrosal) شاخ اور موخر اذینی (posterior auricular) کی ابری علی (stylo-mastoid) شاخ ہیں۔

یہ امر کہ بعض لمبلی وریڈیں فوقانی حجری جوف (superior petrosal sinus) اور جانبی جوف میں ختم ہوتی ہیں، اذن وسطی کے التہابی عوارض میں ان گذرگاہوں میں ملقیت کے اکثر واقع ہونے کی ایک دوسری توجیہ پیش کرتا ہے۔ حجری فلسمانی (petro-squamous) وریڈ جو اذن وسطی کی چھت کو عبور کرتی ہے اور جس میں وہ شاخیں بھی شامل ہوتی ہیں جو لمبلی جوف اور علیہ (attic) سے آتی ہیں، پیچھے کی طرف جانبی جوف سے مل جاتی ہیں اور آگے کی طرف سحائی وریڈوں (meningeal veins) سے (چیل: Cheate)۔

110

اذن وسطی کے عروق لمف دو راستے اختیار کرتے ہیں۔ انیس سے اکثر یوسٹیکین نلی (Eustachian tube) کی دیوار کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور پس بلعوی لمفی غدہ میں ختم ہو جاتے ہیں۔ بعض عروق منفذ کی استری غشا کے نیچے سے نکل کر غدہ کے پس اذینی گروہ میں جو صلی رائدہ پر واقع ہوتا ہے چلے جاتے ہیں۔ وریڈ دوسری گذرگاہ میں بھی اختیار کرتے ہیں جو ان وریڈوں کی رفیق ہوتی ہیں جو عظم صدغی کے صلی حصہ پر کے سطحی فتحات سے نکلتی ہیں۔

چونکہ حبل لمبلی (chorda tympani) عصب کا محل لمبلی میں معرا ہوتا ہے

اسلئے اذن وسطی کے تقریبی مرض میں اسکو نقصان پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اور یہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ جب یہ عصب مآؤف ہوتا ہے تو حس ذائقہ میں احتمال پایا جاسکتا ہے اور اگر یہ یاد ہو کہ ذائقہ کے بعض اعصاب زبان تک اس راستہ سے پہنچتے ہیں تو یہ امر آسانی سمجھ میں آسکتا ہے۔

عظمی تہ (osseous labyrinth) کان کے دوسرے حصوں سے الگ بنتا ہے۔

اس تہ (labyrinth) کے حصوں میں تنخر واقع ہو چکا ہے جو شناخت پذیر ٹکڑوں کی شکل میں نکالے جا چکے ہیں۔ ڈاکٹر بار (Dr. Barr) نے ایک واقعہ کا اندراج کیا ہے جس میں تمام عظمی تہ (حلزونہ) دبیز، نیم دائری قنایں) تنخر قطعہ کی شکل میں سمی منفذ میں سے سالم نکال لیا گیا تھا! اذن وسطی کا قنایں اذن اندرونی تک خارجی نیم دائری قنال پر چکر کرنے جو عام ترین راستہ ہے (سکاٹ: Scott اور ویسٹ: West)۔ اولٹف (promontory) کو متاثر کرنے سے، اور

بیضوی نافذہ (fenestra ovalis) کے راستہ سے جس میں رکیب (stapes) کا پائیدان مضبوط حلقی غشا سے مثبت ہوتا ہے یا مستدیر نافذہ (fenestra rotunda) کے راستہ سے جو

غشائے ثانوی (membrana secundaria) سے بند ہوتی ہے پھیل سکتا ہے۔ جب التهابی سرایتیں اذن اندرونی تک پھیل جاتی ہیں تو علامات کے دو سلسلے نمودار ہوتے ہیں۔ (۱) التهاب اور تھج کے گرد لمفی نظام (دہیزی نردبان: scala vestibuli) اور طبل نردبان (scala tympani) کے راستہ سے ملزومہ (cochlea) تک پھیل جانے سے اختلال سماعت اور بہرہ اپن پیدا ہو جاتا ہے۔ (۲) تاجک (saccul) اور حکم (utricle) اور نیم دائری قنالوں کے انتفاخات کو ضرر پہنچنے اور انکے تباہ ہونے سے توازن اور ہم آہنگی میں اختلالات پیدا ہو جاتے ہیں۔ دوران سر اور تھ اذن اندرونی کا گرد لمفی نظام انتشار التهاب کے لئے ایک نہایت ہی سہل الحصول ذریعہ ہے۔ تقیمی عمل اذن اندرونی سے بعض اوقات عصب (auditory nerve) اور منفذ کے ساتھ ساتھ اندر کی طرف کو پھیل جاتا ہے اور اس طرح دماغ کے قاعدہ پر کی بڑی بڑی زیریںکبوتی فضاؤں میں پہنچ جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ مصیف دہیزی (aqueductus vestibuli) یا مصیف ملزونی (aqueductus cochleæ) کے راستہ سے یا فوقانی نیم دائری قنال (superior semicircular canal) کے انتقاب میں سے بھی مشمولات میں چلا جاتا ہے۔ اذن وسطی کا مرض خارجی نیم دائری قنال میں ناسوری فتحہ بننے کا باعث بھی ہو سکتا ہے۔ ایسے واقعات میں سر کے حرکات سے اہتر از مقلہ (nystagmus) پیدا ہو سکتا ہے کیونکہ آنکھ کے معکوس حرکات ان تہیجات سے متاثر ہوتے ہیں جو نیم دائری قنالوں کے لٹھول (maculae) میں پیدا ہوتے ہیں (سڈنی سکاٹ: Sydney Scott)۔

# بابت ششم

## ناک اور انفی کھفے

(NOSE AND NASAL CAVITIES)

### ناک

ناک کی جڑ اور اسکی پشت کے زیادہ تر حصہ کی جلد پتلی اور ڈھیلی ہوتی ہے۔ مگر جناحین (alae) پر یہ موٹی اور عمیق حصوں سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے اور اس میں دہنی اور عرقی غدود کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ ناک کے غضروفی حصہ کے اوپر کی پوشش کے التهاب کے بہت درد خیز ہونے اور اس میں بہت ساعرقی احتقان پائے جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درد کا انحصار اس حصہ کی تنیدگی پر ہوتا ہے جو اسے اعصاب پر زیادہ دباؤ پڑنے کے بغیر متورم ہونے سے باز رکھتی ہے اور احتقان کا انحصار اس خطہ کی منفطوری رسد اور اس امر پر ہوتا ہے کہ چونکہ نتھنے کی کور ایک آزاد کنارہ ہے اسلئے یہاں کا دوران خون اختتامی ہے لہذا اس سے استکالی مساعدت ہونیکا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ ناک کے زیرین حصہ پر کثیر التعداد دہنی غدود موجود ہوتے ہیں اس لئے کئی

(acne) کے لئے یہ ایک موافق مقام ہے۔ کئی (acne) کی وہ قسم جو بیش پرورش کنی (acne hypertrophica) کے نام سے موسوم ہے یہیں پر پائی جاتی ہے۔ اس سے وہ منظر پیدا ہوتا ہے جو ”خوثر الخمر“ (grog blossoms) کہلاتا ہے۔ ناک پر ذئبہ (lupus) کا حمل بھی اکثر ہوتا ہے

اور ذئب احمراری (lupus erythematosus) ناک کی پشت پر نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ قارض قرعہ (rodent ulcer) کے بھی اس خطہ پر خاص طور پر جناح الانف اور رخار کے درمیانی شکل میں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

ناک کی جلد میں خون کی رسد بکثرت موجود ہوتی ہے۔ اور اسی وجہ سے یہ حصہ بہت ترقیعی عملیات کے لئے جو اسپرکئے جاتے ہیں بہت موزوں ہے۔ اس خطہ کے زخم بغیر تکلیف دینے کے مندمل ہو جاتے ہیں، اور اتنے وسیع زخم کے بعد بھی جو ناک اور رخار کے درمیانی خطہ پر اوپر کے جڑے کو علیحدہ کرنے کے لئے بنایا جاتا ہے بہت کم بدشکل باقی رہتی ہے۔ بہت سے اطباء گردہ اُتقا میں ناک کے حصے بالکل کٹ گئے ہیں اور فوراً لگا دینے سے چہرہ سے منہد ہو گئے ہیں۔

ناک کی جڑ کے اوپر کی جلد کو پانچویں عصب کی پہلی قسمت کی انفی شاخ رسد پھینچتی ہے۔ اور جناحین (alae) اور تھنوں کے خطہ کے اوپر کی جلد کی رسد بھی اسی سے آتی ہے شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ ناک کی جانب کے زیادہ تر حصہ کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت سے رسد آتی ہے اور اس تنے کے وجع العصب میں یہ بھی درد کا ایک محل ہوتا ہے۔ اس امر سے کہ انفی عصب عینی (ophthalmic) تنے کی ایک شاخ ہے اور آنکھ سے قریبی تعلقات رکھتا ہے اس تدبیر کی توجیہ ہوتی ہے جو نتھنے کے درذخیز عوارض میں پیدا ہوتا ہے مثلاً جبکہ نتھنے کے کور کی چٹکی بھری جاتی ہے۔

**ناک کا غضرونی حصہ اکثر ذئب (lupus) اور آتشکی تقرح اور دوسرے**  
متنلف عوارض سے تباہ ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو حصے ضائع ہو جاتے ہیں انکو مختلف طریقوں سے جو ترقیع الانف (rhinoplasty) کے عنوان میں شامل ہیں از سر نو قائم کیا جا چکا ہے۔ موروئی آتشک کے مریضوں میں ناک کا باں اکثر بہت مخفض پایا جاتا ہے۔ اس انخفاض کا انحصار حصوں کے حقیقی نقصان پر نہیں ہوتا بلکہ زیادہ تر مقامی سو تغذیہ سے پیدا شدہ ناقص نوپ ہوتا ہے۔ یہ سو تغذیہ وہ ہے جو غنائے مغالطی کی شدید نازلت سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا یہ بدشکل صرف انہی اشخاص میں پائی جاتی ہے جنکو شبیر خوارگی کے زمانہ میں گنگٹانے کی شکیات رہی ہو۔ ناک کے غضرونی قطعہ کے حدود کو ذہن نشین رکھنا اور یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ موسع منظر را داخل کرتے وقت اس آلہ کو ان حدود سے آگے نہ گزارنا چاہئے۔

**النفی ہڈیاں (nasal bones)** اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ کیمر



114

ہڈیوں کے زیرین ایک تہائی حصہ میں جہاں یہ نہایت تیلی ہوتی ہیں اور انکا سہارا کمترین ہوتا ہے نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بالائی ثلث میں یہ نہایت ہی نادر الوقوع ہے جہاں یہ ہڈیاں موٹی اور مضبوطی سے قائم ہوتی ہیں اور جہاں کسر پیدا کرنے کے لئے حقیقتاً معتد بہ قوت کی ضرورت ہوتی ہے۔ چونکہ انفی ہڈیوں پر کوئی عضلات فعل نہیں کرتے اسلئے جو غیر وضعیت بھی واقع ہوتی ہے اسکا انحصار تمامہ چوٹ کی سمت پر ہوتا ہے۔ ان کسور کے بعد غلی اتحاد جسم کی کسی دوسری ہڈی کے کسر کے اتحاد کی نسبت بہت سرعت سے واقع ہوتا ہے۔ ایک واقعہ میں جو ہیلٹن (Hamilton) کے مشاہدہ میں آیا تھا ”کھڑے ساتویں دن اچھی خاصی مضبوطی سے متحد ہو گئے تھے“۔ اگر ناک کی غشاء ملی پھٹ جائے تو ان کے کسور کے ساتھ زیر جلدی بانٹ کا نفخ (emphysema) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے، چونکہ صاف کرنے سے بہت بڑھ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ہوا بلاشبہ انفی خفرہ جات سے آتی ہے۔ انفی ہڈیوں (ossa nasi) کے بالائی ثلث کے کسور میں غربا میں صفحہ (cribriform plate) بعض اوقات ٹوٹ جاتا ہے۔ لیکن یہ امر مختلف فیہ ہے کہ آیا یہ پیچیدگی اس وقت بھی واقع ہو سکتی ہے جبکہ کسر ان ہڈیوں کے زیرین ایک تہائی حصہ تک ہی محدود ہو۔

ناک کی جڑ قیل جات سحائہ (meningoceles) اور قیل جات غما (encephaloceles) کے لئے ایک موزوں مقام ہے اور بروز انفی اور جہبی (frontal) ہڈیوں کی درمیانی درز میں سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس قسم کے بروزات جب اس مقام پر رونما ہوتے ہیں تو یہ اکثر ایک باریک اور عرق غلاف سے پوشیدہ ہوتے ہیں اور غلطی سے یہ انکو شامہ نابالیدیں (naevoid growths) تصور کیا جا چکا ہے۔

## انفی کہفہ جات

(NASAL CAVITIES)

انفی کوٹیک ہر ایک طرف مفتول ہڈیوں (turbinate bones) یا شنجوں (conchae) کے ذریعہ سے پچترین منافذ میں تقسیم ہوتا ہے۔ اور فوقانی مفتول (superior)

turbinate سے اوپر وتدی مصغاتی گوشہ (sphenothmoidal recess) ہوتا ہے۔  
انہیں سے ہر ایک منفذ میں مندرجہ ذیل جوف اور قناتیں نکلتی ہیں :-

وتدی مصغاتی گوشہ میں - وتدی ہوائی جوف -

فوقانی منفذ میں - موخر مصغاتی خلیات ایک یا زائد فحات سے -

وسلی منفذ میں - (۱) جبہ جوف اور مقدم مصغاتی خلیات براستہ قمع

(infundibulum) - (۲) ہائی مور (Highmore) کا فکی مغارہ -

(۳) وسلی مصغاتی خلیات -

تحتانی منفذ میں - انسی قنات ایک نعتہ کے ذریعہ سے مقدم منخرین سے ملتا ہے اور انچ پیچھے  
کی طرف -

115

**مقدم منخرین (anterior nares)** کی شکل کی قدر تاش کے پان سے ملتی ہے

اور انکا روزن مجموعی طور پر عمود آہلہ انچ اور عرضاً سب سے چوڑے حصہ پر ملتا ہے۔ انچ سے ذرا کم  
ہوتا ہے۔ منخر کا مستوی منخرین کے فرش کے ستوی سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ لہذا انسی کہف جات کا  
امتحان کرتے وقت سر کو پیچھے کی طرف گرا دینا چاہئے اور ناک کو اوپر کی طرف اٹھا دینا چاہئے۔

مقدم منخرین اور انسی کہف جات کے سامنے کے حصوں کا استقصا عملیہ روج (Rouge's operation)  
سے بخوبی کیا جاسکتا ہے۔ اس طریقہ کار میں اوپر کے لب کو اٹھایا جاتا ہے اور ایک شکاف غشائے  
مخاطی میں سے ان نرم حصوں میں دیا جاتا ہے جو اوپر کے لب کو اوپر کے جڑے سے ملاتے ہیں۔ یہ  
شکاف دونوں طرف کے دوسرے انسان شنیوہ کے درمیان رہتا ہے۔ جو نرم حصے اوپر کے لب  
اور ناک کو ہڈی سے ملاتے ہیں انکو جلد کو نقصان پہنچانے کے بغیر کاٹ دیا جاتا ہے اور اس  
دامن کو بذریعہ تقطیع اوپر اٹھایا جاتا ہے حتیٰ کہ منخرین کافی حد تک مسرا ہو جاتے ہیں۔

**جب مقدم الف بینی (anterior rhinoscopy)** ایسی روشنی سے کیجائے

جو پیشانی کے آئینہ یا لیمپ سے آتی ہو اور انسی کو ناک کے مقدم غضروفی حصہ میں داخل کئے ہوئے  
منظار میں سے جیسا کہ تھوڈیکم (Thudichum) کا ہوتا ہے چمکتی ہو تو مندرجہ ذیل حصے دیکھے  
جاسکتے ہیں اور انکا امتحان کیا جاسکتا ہے :- تحتانی منفذ تحتانی اور وسلی مفتول ہڈیوں کا مقدم  
سرا اور فاصل - فوقانی مفتول ہڈی (superior turbinate) آگے کی طرف کو اتنی بڑھی نہیں  
ہوتی کہ دکھائی دے۔

**موخر منخرین (posterior nares)**۔ ہر ایک دہنہ مکمل طور پر نمودار یافتہ بالغ میں مستعرضاً تقریباً  $\frac{1}{4}$  انچ اور عموداً تقریباً  $\frac{1}{4}$  انچ ہوتا ہے۔ لہذا اگر رعاف (epistaxis) کو بند کرنے کے لئے کوئی ڈاٹ موخر منخرین میں سے داخل کی جائے تو اس کے ابعاد یہی ہونے چاہئیں۔ بہر کیف علیحدہ اکثر اس دہنہ کو جنک کے پیچھے سے قیفہ (choana) میں انجلی ڈالنے اور پھر مقدم منخرین میں اس تک فیتہ نام کا زٹھونے سے بند کر دیتا ہے۔

**موخر الف بینی (posterior rhinoscopy)** ایک چھوٹا سا آئینہ زبان پر سے اور جنک الرنخ کے پیچھے سے آہستہ آہستہ گزار کر بلعوم میں لے جانے سے کی جاتی ہے۔ روشنی کی شعاع سے جو پہلے پیشانی کے آئینہ سے اور پھر چھوٹی سی الف بینی سے منعکس ہوتی ہے مندرجہ ذیل ساختیں دیکھی جاسکتی ہیں۔ موخر منخرین، فاصل، وسطی مغتول ہڈی (middle turbinate bone) اور تحتانی اور فوقانی مغتول ہڈیوں کا کچھ حصہ اور تحتانی منفذ کا کچھ حصہ۔ وسطی منفذ بخوبی دکھائی دیتا ہے اور یوسٹیکین ٹی (Eustachian tube) اور چھت اور انفی بلعوم کے بالائی حصہ کی خشاے مخاطی بھی نظر آتی ہے۔ فاصل اپنے طول کے نصف پر ایک بصلہ کی شکل میں پھیل جاتا ہے، جسے نا تجربہ کار امتحان کنندہ بعض اوقات غلطی سے کوئی امراضیاتی کیفیت سمجھ لیتا ہے۔

جہاں تک انفی کہفہ کی شکل کا تعلق ہے اس کا فرش ہر ایک سرے کے فرش کی نسبت

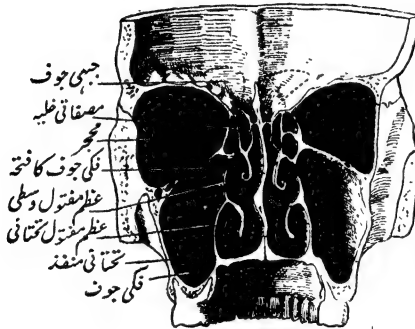
مرکز پر زیادہ عریض ہوتا ہے اور اس کا انتصابی قطر مستعرض سے زیادہ ہوتا ہے۔ نیز حفرہ کے مرکز پر یہ سب سے بڑا ہوتا ہے۔ لہذا ناک میں داخل کی ہوئی چھٹیوں کو انتصابی رخ میں کھولنا نہایت موزوں ہوتا ہے۔ حفرہ کا عرض اوپر سے نیچے کی طرف کو کس قدر بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ فوقانی مغتول ہڈی فاصل سے صرف ۲ ملی میٹر دور ہوتی ہے۔ اور تحتانی مغتول ہڈی اور فاصل کے درمیان ۴ تا ۵ ملی میٹر کی فضا حاصل ہوتی ہے۔ وسطی مغتول ہڈی سے اوپر انفی کہفہ اتنا تنگ ہوتا ہے کہ انفی مفرد کی جراحی چھت فی الحقیقت اسی ہڈی ہی سے بنتی ہے۔

**کچھ مہمیں**۔ انفی کہفہ کی شکل اور اس کا تناسب عجیب ہوتا ہے۔ بالغ میں تحتانی منفذ

(inferior meatus) بڑا ہوتا ہے (شکل ۲۷) اور اصل تنفسی گزر گاہ یہی ہوتی ہے۔ کم عمر بچہ میں تحتانی منفذ نسبتاً بہت چھوٹا ہوتا ہے اور تنفسی موج زیادہ تر وسطی منفذ کی فضا میں سے

گزرتی ہے (لیک: Lack)۔ انفی کہنے چھٹے مہینہ سے لیکر اٹھارویں مہینہ تک تیزی سے بڑھتے ہیں۔ اس زمانہ میں متعل تسن نمودار ہوتا ہے اور یہ جنک کی جسامت اور ناک کے فرش میں لازمی طور پر اضافہ کر دیتا ہے۔ ساتھ ہی نکی جوف کے نموسے ناک کی عمودی بلندی زیادہ ہو جاتی ہے۔ اور یہ زیادتی اس کہنے کے رین نکی حصہ میں مصفاقی یا شتی حصہ کی نسبت بہت زیادہ واقع ہوتی ہے۔ انفی کہنوں اور چہرہ کی بالیدگی ناک میں سے سانس کے آزادانہ گزرنے میں رکاوٹ پیدا ہونے سے موقوف ہو جاتی ہے یا ناقص رہ جاتی ہے۔ اس رکاوٹ کا عام ترین سبب انفی بلعوم میں

117



شکل ۲۴۔ انفی کہنوں اور معین جوفوں کی متعترض عمودی تراش۔

غدد و دہ کا نکلون ہے۔

انفی کہنوں کے تعلقات کو (شکل ۲۴ و ۲۸) دیکھنے سے یہ ظاہر ہو جائیگا کہ استری غشا کا التهاب (زکام) بلعوم تک موخر منخرین کے راستہ سے پہنچ سکتا ہے۔ اور یو سٹیکین نلی (Eustachian tube) تک پہنچ کر کب قدر بہر این پیدا کر سکتا ہے۔ اور انفی دمی قنات (nasolacrimal duct) میں سکو دمی تاجہ (lacrymal sac) اور طحمرہ (conjunctiva) تک پہنچ سکتا ہے اور جہی اور نکی جوفوں تک پھیل سکتا ہے اور جہی درد اور رسار کا درد پیدا کر سکتا ہے۔ ان تعلقات کا مظاہرہ زکام کا ایک شدید حملہ ہونے سے اکثر ہوتا ہے۔ انفی حفرہ جات کے جہی کہنے کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے ایسا بھی ہوا ہے کہ ناک کے قہجی التهاب سے التهاب سحائہ

118

(meningitis) پیدا ہو گیا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ وہ خرد مضویئے جن سے اسمیہ دماغ کا التهاب پیدا ہوتا ہے ناک کے مخاطی استر سے جھجکی کہفہ کو ان چھوٹے چھوٹے دوی اور لمفی عروق کے راستے سے جاتے ہیں جو غربالین صفہ جات میں سے تہی اعصاب کے ساتھ گزرتے ہیں۔

مختلف اقسام کے اجسام غریبہ اکثر ناک میں الٹک جاتے ہیں اور بعض اوقات کچھ سالوں تک پڑے رہتے ہیں۔ بچہ میں دائمی یک جانبی انفی مواد سے ناک میں داخل شدہ جسم غریب کے موجود ہونے کا شبہ پیدا ہو جانا چاہئے۔ پھسل جانے والی چیز مثلاً بوٹ کے بٹن کا دور کرنا شعل ہوتا ہے۔ مگر ایک غمیدہ سلائی آہستہ سے اس سے پیچھے گزار دینے سے اسے نکالا جاسکتا ہے۔

انفی کہفوں کو ناک کے نطول (douche) سے دھوتے وقت سیال ایک سینن کے ذریعہ سے داخل کیا جاتا ہے۔ سینن کی ٹونٹی تنھنے میں داخل کر دیتی ہے اور منہ کھلا رکھا جاتا ہے اور سیال اس تنھنے میں سے داخل ہو کر حنک الرخو (soft palate) پر سے گزر کر دوسرے تنھنے میں سے باہر نکل آتا ہے، لہذا موصراً ذکر کہفہ پیچھے سے آگے کی طرف کو دھل جاتا ہے۔ پانی کے ممر کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ جب منہ کھلا رکھا جاتا ہے تو صرف اسی میں سے سانس لینے کی طرف آنا میلان ہوتا ہے کہ حنک الرخو (soft palate) اوپر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے اور موصراً منخرین بلعوم سے علمودہ ہو جاتے ہیں۔

ہر ایک انفی حفرہ کی چھت بہت تنگ ہوتی ہے اور اسکا عرض صرف  $\frac{1}{8}$  انچ ہوتا ہے (شکل ۲۷)۔ یہ باریک غربالین صفہ سے بنی ہوتی ہے مگر یہ اسقدر تنگ ہوتی ہے کہ اتنی بڑی چیز سے جتنی کہ سعدانی چھتی ہوتی ہے اسکے منتقب ہونے کے خطرہ میں بہت سامبالنا پڑا گیا ہے۔ باوجود اسکے جھجکی کہفہ ناک کی چھت میں سے گھس جانے والے اجسام سے جو اتفاقاً داخل ہو گئے تھے یا خود کشی کی غرض سے داخل کئے گئے تھے کھل چکا ہے۔ انفی حفرہ کے التهاب کے بعد التهاب ہمایہ (meningitis) واقع ہو چکا ہے اس حالت میں التهاب غربالین صفہ سے گزرتا ہے۔ گرد صبی اور گرد عرقی غلافوں کے ذریعہ سے ناک کے لمفی نظام کا تسلسل اسمیہ کے لمفی نظام کے ساتھ قائم ہے اور ان گزرگاہوں میں سے سرائتیں ناک کی چھت سے لیکر دماغ کے اسمیہ تک پھیل سکتی ہیں۔

119

اس حصہ کے کسوریں دماغی نغائی سیال کی بہت کثیر مقدار تنھنوں سے بہ چکی ہے۔ ناک کی چھت میں سے قبیلہ سحائیہ (meningocele) بروز کر سکتا ہے۔ لشن برگ (Lichtenberg) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں یہ تودہ حنک کے ایک غلطی انشفاق میں سے گزر کر منہ میں لٹک رہا تھا

یہ غلطی سے سعدانہ (polyp) سمجھ لیا گیا تھا اور اسے باندھ دیا گیا اور موت درون بھی التہاب سے واقع ہو گئی۔

**فاسل (septum)** بالوں میں شاذ و نادر ہی مین سیدھا ہوتا ہے۔ اس کا انحراف اکثر بائیں جانب کو ہوتا ہے۔ مگر بچوں میں یہ سیدھا ہوتا ہے اور ساتویں سال تک برابر رہتا ہے۔ بالوں میں تمام اشخاص میں سے ۷۶ فی صدی میں فاسل منحنی ہوتا ہے۔ اس کا انحراف چوٹ سے بھی پیدا ہو جاتا ہے۔ فاسل کا انحراف بعض اوقات کانے کی آواز میں بہت بری طرح سے خلل انداز ہوتا ہے۔ منحنی فاسل میں بعض اوقات مضاعف یعنی ایس (S) کی شکل کا خم دیکھنے میں آتا ہے۔ ایک خم اوپر سے نیچے کی طرف کو اور دوسرا آگے سے پیچھے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ غیر طبعی طور پر بلند حنک اکثر پایا جاتا ہے۔ انحراف کی خفیف سی مقدار کی کوئی اہمیت نہیں ہوتی۔ مگر ایسے انحراف کا علاج جو فاسل اور مغتول (turbinate) ہڈیوں کی قربت کی وجہ سے انسداد پیدا کرنے کے لئے کافی ہو فاسل کے غضروبی حصہ کے زیر غمازی بڑی اتصعال (submucous resection) سے کیا جاسکتا ہے۔ اکتابی آنکھ کی چھٹی ناک عام طور پر فاسل کی تباہی اور ہم پہلو ہڈیوں کے کم و بیش متاثر ہونے سے دیکھنے میں آتی ہے۔

**بیرونی دیوار (نسل ۲۸)۔** بیرونی دیوار پر تین مغتول (turbinate) ہڈیاں

ہوتی ہیں۔ بالائی اور وسطیٰ مصفاتا (ethmoid) سے پیدا ہوتی ہیں اور تحتانی ایک علیحدہ ہڈی ہونے کی وجہ سے فک (maxilla) کی اندرونی جانب سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس سے غلی جوف (maxillary sinus) کی اندرونی دیوار کا کچھ حصہ بھی بنتا ہے۔ انکے نیچے ناک کے تینوں منافذ واقع ہوتے ہیں۔ تحتانی انفی مشخہ (inferior nasal concha) بعض اوقات یوسٹیکین کیٹھیٹر (Eustachian catheter) کے داخل ہونے میں مغل ہوتا ہے، جبکہ اس آئہ کا خم ضرورت سے زیادہ ہو۔ اس ہڈی کا مقدم ہر انتھنے کے سوراخ سے تقریباً ۳ انچ پیچھے ہوتا ہے۔ انفی دمی قنات (nasolacrimal duct) تحتانی منفذ میں انتھنے کے سوراخ سے تقریباً ۳ انچ پیچھے اور ناک کے فرش سے تقریباً ۳ انچ اوپر کھلتی ہے۔ یہ قنات بالعموم جھری غا اور تنگ ہوتا ہے۔ انفی قنات انفی غشائے غماظی کو اسی طرح ترچے رخ میں اور مصراعی طریقہ سے منتقب کرتی ہے جس طرح کہ حالب مثانہ میں داخل ہوتا ہے۔ اسلئے ناک دمی تاجہ (lacrymal sac) کو منتقب کئے بغیر صاف

کیا جاسکتی ہے تحتانی منفذ کی بندی تقریباً  $\frac{3}{4}$  انچ ہوتی ہے۔

**فوقانی منفذ (superior meatus)** بہت چھوٹا اور تنگ سا انشقاق ہے، اور اسکے اوپر کے اور اگلے حصہ میں موخر مصفاتی خلیات کھلتے ہیں۔

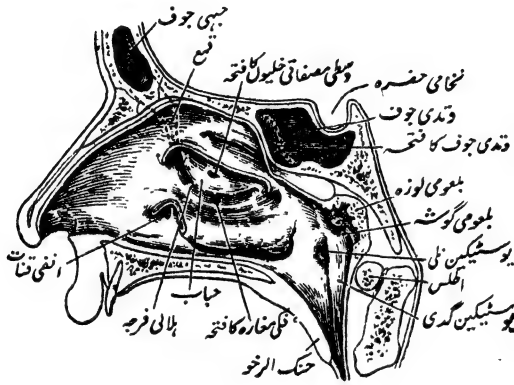
**وسطی منفذ (middle meatus)** اگلی طرف پر بیرونی دیوار کے ایک حصہ پر ہے اطاق (atrium) کہا جاتا ہے بہت کھل جاتا ہے! ورتا وقتیکہ ہر ایک اوزار کی نوک کو محفرہ کے فرش کی طرف ایسی طرح رکھنے کی احتیاط نہ کی جائے اسکو تحتانی منفذ کی نسبت وسطی منفذ میں زیادہ آسانی سے گزارا جاسکتا ہے۔ وسطی منفذ کی دیوار پر ایک گہری کھلی نالی ہوتی ہے (نیم قری فرجہ: hiatus semilunaris) جو اوپر سے نیچے کی اور پیچھے کی طرف کو جاتی ہے (شکل ۲۸)۔

اس میزاب میں جبہ جوف (frontal sinus) قمع (infundibulum) کے ذریعہ سے جو تقریباً  $\frac{1}{2}$  انچ طویل ہوتا ہے اور مقدم مصفاتی خلیات کھلتے ہیں اور نیز اسکے موخر حصے کے قریب اس میں فکی جوف بھی کھلتا ہے۔ جبہ جوف کا مستدیر وزن عام طور پر فرجہ (hiatus) کے مقدم سرے پر واقع ہوتا ہے۔ مگر با اوقات یہ ایک گوشہ میں بھی پایا جاتا ہے جو فرجہ سے اوپر یا اسکے سامنے ہوتا ہے۔ مقدم مصفاتی خلیات جو تعداد میں بالعموم دو ہوتے ہیں، بعض اوقات فرجہ میں کھلتے ہیں بعض اوقات قمع (infundibulum) میں اور بعض اوقات بلا واسطہ وسطی منفذ کے مقدم حصہ میں۔ فکی جوف (maxillary sinus) کا نیم قری فرجہ (hiatus semilunaris) کے موخر حصہ میں واقع ہونے کے بجائے بعض اوقات اسکے نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۲۸)۔ فرجہ کی اوپر کی حد مصفاتی حباب (bulla ethmoidalis) سے بنتی ہے۔ اسکا نیچے کا باربک اور نمایاں حاشیہ مصفاتی (ethmoid) کے کلاب نما زائندہ (uncinate process) پر مشتمل ہوتا ہے وسطی مصفاتی غلیہ نیم قری فرجہ سے اوپر حباب (bulla) پر کھلتا ہوا کسائی دیتا ہے۔ فرجہ کا لیول ناک کے اندر اندرونی جفنی رابطہ (internal palpalbral ligament) کے محل سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ فرجہ کے میلان کیوجہ سے پیپ کا رجحان سرائت زدہ جبہ جوف یا کسی دوسرے ہوائی جوف میں سے فکی جوف میں بہنے اور اس کہف کو سرائت زدہ بنا دینے کی طرف ہوتا ہے۔

**ناک کا فرش** تقریباً  $\frac{1}{2}$  انچ یا اس سے ذرا زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس میں ایک ہموار

اور خفیف سا ذلزلان ہوتا ہے جو آگے سے پیچھے کو اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۲۹)۔ اس کے

مقدم حصہ پر شنیعی سوراخ (incisor foramen) کے اوپر غشائے مخاطی کا ایک نشیب ہوتا ہے۔ یہ سوراخ اس ربط عظیم کا بقیہ حصہ ہے جو کبھی ناک اور منہ کے کہنوں کے درمیان موجود تھا۔ جو غشائے مخاطی انفی کہف جات کا استر ہوتی ہے اسکی پوشش نیچے کے دو تہائی حصہ یعنی تنفسی حصہ پر بہ دار مرحلہ کی ہوتی ہے۔ بالائی ایک تہائی حصہ یعنی شمی حصہ ستونی مرحلہ سے ڈھکا ہوتا ہے اور دہلیز (vestibule) کا استر مطبق مرحلہ کا ہوتا ہے۔ عظام مغلولہ



### شکل ۲۸۔ انفی کہف کی بیرونی یا جب نبی دیوار۔

وسطی مغلولہ زائدہ کا زیادہ تر حصہ فرجہ حجاب اور قنطہ کے فتوح یا انفی جہی قنات اور فکی جوف کو معرا کرنے کے لئے کاٹ دیا گیا ہے۔

(turbinate bones) اور فاصل کے زیرین دو تہائی حصہ پر یہ بہت موٹا ہوتا ہے۔ اور انفی قنات عظام مغلولہ کے درمیان کے وقفہ میں یہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ جس غشائے مخاطی سے مختلف جوفوں اور سفارہ کا استر بنتا ہے وہ نمایاں طور پر پتلی اور زردی مائل ہوتی ہے۔ اس غشا میں بہت سے غدود ہوتے ہیں جو بیرونی دیوار کے زیرین اور پچھلے حصوں اور فاصل کے موخر اور زیرین حصوں پر نمایاں ترین ہوتے ہیں۔ ان غدود میں بعض اوقات معتد بہ بیش پرورش ظاہر ہو جاتی ہے۔ مزید برآں ان میں ایک آبی افراز کے بہت افراط سے ہیا کرنے کی قابلیت موجود ہوتی ہے۔ اور یہ افراز مزمن مذکام کی بعض حالتوں میں جو تضرر کے بعد پیدا ہوتی تھیں اس کثرت سے پیدا ہو چکا ہے کہ اسکو غلطی سے



دماغی شوکی سیال کا سیلان تصور کیا جا چکا ہے۔ علاوہ ازیں انفی غشائے مخاطی میں بہت سی غدہ آسا اور لف آسا بافت بھی موجود ہوتی ہے۔

عظام منقول تحتانی کے نرین کنارے اور موخر سرے پر طبعی غشائے مخاطی اس قدر موٹی اور ڈھیلی ہوتی ہے کہ یہ ایک نرم گدی کی شکل اختیار کر لیتی ہے جو بعض اوقات ”جسم منقول“ (turbinate body) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے۔ یہ کیفیت زیادہ تر ایک کثیر العروق زخمیاتی و ریدی ضغیرہ کے موجود ہونے سے پیدا ہوتی ہے جسکے عروق کا رخ بیشتر حصہ میں مقدم موخر ہوتا ہے۔ جب امیں خون سے تناؤ پیدا ہو جاتا ہے تو یہ پھول کر ہڈی اور فاصل کے درمیانی فاصلہ کو مسدود کر دیتا ہے۔ اور جب امیں مزمن التهاب واقع ہو جاتا ہے تو ناک کے بالائی حصوں کی غشائے مخاطی تہج ہو کر مصفاقی خط اور وسطی مقتول ہڈی سے سعدانوں کی متصل میں ٹٹک پڑتی ہے جو ہوا سانس سے اندر جاتی ہے وہ ناک کے کثیر العروق استری غشا پر سے گزرتے وقت گرم ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ صاف بھی ہو جاتی ہے گرد اور دوسرے اڑنے والے ذرات شنجوں (conchæ) کی مرطوب سطح پر جم جاتے ہیں۔

حالتِ صحت میں اوپر کی دونوں کوشکوں کی غشائے مخاطی امراضیاتی عضو یہ بات سے تقریباً مبرا ہوتی ہے۔ مگر تحتانی منفذ کو ہمیشہ سرائت زدہ تصور کرنا چاہئے۔ گویا اتنا سرائت زدہ نہیں ہوتا جتنا کہ منہ۔ چونکہ چھینکے، کھانسنے اور بولنے سے منہ اور ناک سے خرد عضویہ جات خارج ہوتے ہیں اسلئے سر جنوں میں گاز کا نقاب باندھنے کا رواج ہے۔ یہ نقاب کم از کم آٹھ تہ مولنا ہونا چاہئے۔

**سعدانے** (polypi) اکثر ناک میں پائے جاتے ہیں۔ انکی دو قسمیں ہیں۔ ایک

123

مخاطی یا تہجی التهابی سعدانہ جو عام طور پر وسطی شنج (middle concha) کے اوپر یا نیچے کی غشائے مخاطی سے یا مصفاقی خط سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرا یعنی پھیلی (sarcomatous) سعدانہ جسکی ابتداء عام طور پر ناک کی چھت کے یا کھوپری کے قاعدہ کے گرد غلطی سے ہوتی ہے۔ موخر الذکر قسم کے سعدانے (polypi) ہر مکن الحصول رخ میں پھیل جاتے ہیں۔ یہ ناک کے بانسے کو پھیلا دیتے ہیں، انفی قنات کو بند کر دیتے ہیں اور دماغ (epiphora) پیدا کر دیتے ہیں۔ نیز تنک الصلب کو متخفص کر دیتے ہیں اور منہ تک چلے آتے ہیں۔ مغارہ پر حملہ کر کے رخسار کو پھیلا دیتے ہیں۔ اور نیچے کی طرف بڑھتے بڑھتے بلعوم میں چلے جاتے ہیں متغص (velum palati)

کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتے ہیں اور یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ مجھ کی اندرونی دیوار میں سے بھی نفوذ کرتے ہیں۔ ایسے سلعات کا کشف اور ازالہ فلک فوقانی کی موز اور اندرونی چسپیدگیوں کو معلق کر کے اور اسکو آگے کی طرف موڑنے اور اس طرح انفی کہفہ کی بیرونی دیوار کو دور کر کے اس کہفہ کو معرکہ کرنے سے کیا جاسکتا ہے۔ مذکورہ ہڈی کو سلعہ دور کرنے کے بعد پھر اسی جگہ قائم کیا جاسکتا ہے۔

انفی کہفہ کی رسد خون وسیع ہوتی ہے اور یہ داخلی فکی (internal maxillary)

یعنی (ophthalmic) اور وحشی (facial) شریانوں سے حاصل ہوتی ہے۔ ناک سے جو معناتی (ethmoidal) وریدیں آتی ہیں وہ یعنی (ophthalmic) وریدیں داخل ہوتی ہیں۔ اور بعض ارباب سند کا یہ خیال ہے کہ بچوں میں انفی وریدوں اور فوقانی طولی جوف میں سورخ اخو (foramen cæcum) کے راستہ سے ہمیشہ ایک ربط پایا جاتا ہے۔ اور بعض اوقات یہ ربط بالغ میں بھی برقرار رہتا ہے۔ ان تعلقات سے ان جمعی عوارض کے وقوع کی بھی کس قدر توجیہ ہو جاتی ہے جن پر انفی کہفہ جات کے بعض التہابی عوارض منتج ہوتے ہیں۔ ناک سے جریان خون یا رعا ف (epistaxis) عام طور پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اکثر ایک شدید عارضہ ثابت ہوتا ہے۔ اسکی کثرت وقوع کی وجہ زیادہ تر یہ ہے کہ غشائے مخاطی کثیر العروق اور ڈھیلی ہوتی ہے اور نیز وریدیں خاص کر وہ جو سب سے نیچے کی (فکی: maxillary) مفتول ہڈی پر پائی جاتی ہیں وسیع ضغیرہ جات کی شکل اختیار کر لیتی ہیں اور ان سے ایک قسم کی ایک کہفگی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ لہذا رعا ف (epistaxis) اکثر وریدی دوران میں غلل آنے سے پیدا ہوتا ہے جیسا کہ ان عنقی سلعات کے موجود ہونے کی حالت میں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ ڈالتے ہیں اور سعال دہکی کے دروں میں اور علی ہذا دوسرے عوارض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رعا ف میں بازو اوپر اٹھانے سے جو مفید اثر ظاہر ہوتا ہے اسکے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ صدر اس طرح اور زیادہ پھیل جاتا ہے اور عنقی وریدوں پر تنفسی اثر کو عمل کرنے کا موقع ملتا ہے۔ جریان خون بعض اوقات مضطرب ہوتا ہے اور بہت دیر تک موجود رہتا ہے۔ کئی ایک مثالوں میں نرف ہلک بھی ثابت ہوا ہے۔ جریان خون کے مقام کا بعد الموت امتحان پر بھی معلوم کرنا اکثر آسان نہیں ہوتا۔ بہت سی حالتوں میں جریان خون کا مقام فاصل پر انفی ٹوکہ سے اُنچ اوپر اور پیچھے واقع ہوتا ہے۔

ان حصوں کی عصبی رسد شمی عصب (olfactory nerve) اور پانچویں عصب کی

پہلی اور دوسری قسموں سے آتی ہے۔ غرائش اور اشیاء کے نقصوں میں داخل کرنے سے جو تدمع اکثر پیدا ہوتا ہے اسکی توضیح اس امر سے کیجا سکتی ہے کہ اس کہفہ کے کچھ حصہ کو انفی عصب جو صینی تے (ophthalmic trunk) کی ایک شاخ ہے بکثرت رسد پہنچاتا ہے۔ عصبی قوت کے سمت مخالف میں منتقل ہونے کی مثال ان حالتوں میں دیکھی جا سکتی ہے جنہیں آنکھوں پر سورج کی تیز روشنی پڑنے سے چھینکیں آنے لگتی ہیں۔ جن تکلیفوں مثلاً کمانسی اور شعبتی دمہ میں مرکز تائبہ (vagal centers) پر اثر ہو جاتا ہے وہ انفی کہفہ جات کے عوارض کے بعد بھی پیدا ہوتی ہیں اور ان تکلیفوں سے تھکائی شجر کے اوپر کی غٹائے غامی کی کی (cauterization) اور تعدیم حس (anæsthesisation) سے نجات حاصل کیجا چکی ہے۔ شمی اعصاب (olfactory nerves) اس کہفہ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے ارادۂ سوچنے میں آدمی ناک کے راستہ سے ہوا زور سے اندر کو کھینچتا ہے اور نقصوں کو قمع کر لیتا ہے۔ جمہی شکل میں نقصوں کو یصیلانے کی مدد استطاعت سے شامہ کے جزیوی فقدان کی جو بعض اوقات ایسے مریضوں میں دیکھنے میں آتا ہے توجیہ ہو سکتی ہے۔ سر کی چوٹ سے پیدا شدہ دمہ الثاتہ (anosmia) یا نقصان شامہ بعض اوقات شمی عصبی ریشوں کے اس مقام پر پھٹ جانے سے لہو ر پذیر ہوتا ہے جہاں یہ غربالین سوراخوں (cribriform foramina) میں سے گزرتے ہیں۔ شمی جڑیں مظہر وندی کے اجنہ صغیر کی کور پر سے گزرتی ہیں اور اسلئے پیشانی کے بل گرنے میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ شمی مرکز ہپوکمپی تزرید (hippocampal gyrus) میں واقع ہوتا ہے۔

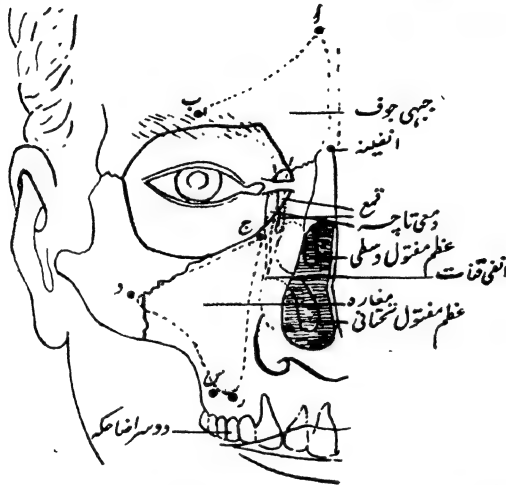
125

انفی حفرہ جات کے عروق لمف پس بلعومی غدود میں داخل ہوتے ہیں جو بلعوم

کے پیچھے عضلہ مستقیمہ لواءہ کیبر متدم (rectus capitis anterior major) کے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ اسلئے جیسا کہ فریکل (Fränkel) نے بیان کیا ہے۔ ”پس بلعومی خراج ناک کے مرض سے نتیجۂ پیدا ہو سکتا ہے“ دوسرے عروق لمف زیر قلی، ٹکلی، اور بالائی حقیق عنقی لمفی فنڈ میں جاتے ہیں۔ مزید برآں ناک کے عروق لمف اسحمیہ کے عروقی لمف سے بھی غربالین معصرہ (cribriform plate) کے راستہ سے ربط رکھتے ہیں۔

انفی اجواف (nasal sinuses) زوائہ حال میں ناک سے معین اجواف کی

تشریح اور انکے تعلقات کا علم مریض کے لئے نہایت ہی عظیم الاہمیت ہو گیا ہے۔ لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں جن موضوعات کا امتحان کمروہ تقطیع میں کیا جاتا ہے انہیں مقررہ ۱۵ فیصدی میں ان اجواف میں سے ایک یا دو اجواف کا مرض پایا جاتا ہے۔ سر سٹینٹ کلیر تھامسن (Sir St. Clair Thomson) نے یہ اندازہ کیا ہے کہ معمر اشخاص میں ۲۰ فیصدی میں وندی جوف



شکل ۲۹۔ جہی اور فکی اجواف کی سطحی نرسم۔

۱۔ انفینہ سے پہلے اوپر۔ جوف مجری حاشیہ پر وسطی اور بیرونی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر۔ ج زیر مجری حاشیہ پر دوسری تاجہ کی بیرونی طرف پر۔ ۵۔ ماضی فراز کے مرکزہ چمچ کے بیرونی حاشیہ کی سیدھ میں۔ ۴۔ دوسرے مقدم لامنتہر۔ ۳۔ آخری لامنتہر۔ ۱۔ اور ج اور انفینہ جہی جوف کے سطحی محل کو ظاہر کرتے ہیں۔ اور ج، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱۔ فکی جوف کے سطحی محل کو

مرض کا محل ہوتا ہے بمعین اجواف۔ فکی، جہی، وندی اور مصنفاتی۔ کی مجموعی گنجائش انفی کہنہ کی دو چہ گنجائش سے زیادہ ہوتی ہے۔ (برون : Braune)۔ انکے فوائد کی اطمینان بخش توضیح نہیں کی جاسکتی، سوائے اسکے کہ یہ وزن میں زیادتی کے بغیر چہرہ کے حجم میں اضافہ کرتے ہیں۔ جیسا کہ ڈاکٹر جیمز ایڈم (Dr. James Adam) کا خیال ہے یہ شہیق کی ہوا کو گرم کرنے اور مرطوب بنانے میں مدد دیتے ہیں۔

جہی جوف (frontal sinus) کی جسامت اور شکل نہایت اختلاف پذیر ہوتی

ہے۔ شکل ۲۹ میں جو سطحی نشانہ ہی ظاہر کی گئی ہے اس سے اسکا اوسط نمونہ ہوتا ہے جو بالعموم میں

پایا جاتا ہے۔ جہی انفی قنات کا فتح یا قمع شکل ۲۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ عظیم الجحم جہی اجواف کے ساتھ یہ ضروری نہیں کہ مقطب (glabella) اور فوق ہڈی فرزات (superciliary eminences) کے اوپر بڑے بڑے خارجی ارتفاعات بھی موجود ہوں۔ بعض اوقات ایک جوف دوسرے جوف کے صرف پر زیادہ نمو پالیتا ہے۔ اور درمیانی فاصل اپنی جگہ سے ہٹ جاتا ہے اور یہ اوپر سے نیچے کی طرف کو ایک ترچھے رخ میں واقع ہوتا ہے۔ دایاں جوف اکثر اوقات زیادہ بڑا ہوتا ہے۔ جہی جوف



شکل ۳۰۔ جہی جوف کی شکل اور اسکے ان تعلقات کو ظاہر کرتی ہے جو مجر کی چمت سے ہیں۔ مزید برآں یہ فکی مغارہ کی شکل کو بھی ظاہر کرتی ہے۔

- کی شکل جیسا کہ پیش سپس تراش (شکل ۳۱) میں دکھائی دیتی ہے حرف ل (L) کی سی ہوتی ہے۔ اسکا افقی جارحہ مجر کی چمت کے اندر چلا جاتا ہے۔ یہ امر ان عملیہ جات کے سلسلہ میں جو اسکی مزمن عفونت کی حالت میں اسکو مسدود کر نیچے لئے تجویز کئے گئے ہیں اہمیت رکھتا ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ جوف بڑے ہوتے ہیں۔ ۹ فیصدی واقعات میں یہ ایک طرف اور ۷ فیصدی میں دونوں طرف بھی غائب ہوتے ہیں (لاگن ٹرنر: Logan Turner) یہ ظاہر ہے کہ جہی جوف پر تخفیف کس جہی کہفسم کو نقصان پہنچائے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جوف کے گارڈھے شمولات کو غلطی سے یہ تصور کر لیا گیا ہے کہ مہیجائیل گیا ہے۔ چونکہ اجواف کو ناک کے ساتھ ربط و راہ حاصل ہے اسلئے
- 126
- 127

دیوار جوف کے کمرے بعض اوقات بہت سافناضہ (emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ گاہے گاہے ان کہفہ جات میں حشرات، سرسے (larvæ) اور دیدان (maggots) بھی پائے گئے ہیں۔ سن طفولیت کی ابتدا میں جبھی جوف صرف ایک غنچہ سی یا ایک ناقص المنو ساخت ہوتی ہے۔ تقریباً چھٹے سال میں غشائے مخاطی کا یہ غنچہ فرجہ (hiatus) کے مقدم سرے کے قرب و جوار سے بڑھنا شروع ہو جاتا ہے۔ اور اسکا بڑھتا ہوا سرا عظم جبھی کے ڈپلوئی (diploë) میں گس جاتا ہے، اور اندرونی عظمی لوح کو بیرونی لوح سے علحدہ کر دیتا ہے۔ تقریباً پچیسویں سال میں یہ اپنی پوری جسامت کو پہنچ جاتا ہے۔ اور اس بروں بالید کی ڈنڈی جبھی انفی قنات (fronto-nasal duct) بن جاتی ہے یہ جوف کے موخر حصہ سے آتی ہے۔

128

یہ قنات پہ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور نیچے کی اور ذرا سی پیچھے کی طرف کو اگر نیم قری فرجہ (hiatus semilunaris) کے مقدم سرے پر یا اسکے قریب ہی کھل جاتی ہے فرجہ (hiatus) کے راستہ سے جبھی جوف کا افراز مغارہ (antrum) میں پہنچ سکتا ہے۔ لہذا جبھی جوف کے مزمن نتیج کی حالتوں میں یہ کہفہ ایک چوبچہ کی شکل میں منتقل ہو جاتا ہے (شکل ۲۸)۔ جبھی انفی قنات (fronto-nasal duct) اکثر پیچدار ہوتی ہے اور وسطی متوال (middle turbinate process) کی چوکی کو دور کر دینے کے بعد بھی اس میں نیچے سے کیتھٹر گزارنا آسان نہیں ہوتا۔ لہذا انسداد کی حالت میں جبھی جوف پر مقطب (glabella) کے مقام پر یا مجھر کے فوقانی اندرونی زاویہ پر ترقان کیا جاتا ہے (ٹیلی: Tilley)۔ اور ایک سلائی نیچے کی اور کسب قدر پیچھے کی طرف کو گزار دی جاتی ہے تاکہ جوف کی مسیلیت ناک میں ہو۔

مقدم مصفاقی غلیات عام طور پر جبھی انفی قنات میں کھلتے ہیں اور اسلئے جبھی جوف کے ہر مرض سے یہ بالعموم متاثر ہو جاتے ہیں۔ عظم جبھی کے ڈپلوئی کی درید (frontal diploic vein) جوف فوقی مجھی کٹاؤ پر جبھی درید (frontal vein) سے مل جاتی ہے جبھی جوف سے خون وصول کرتی ہے جبھی نتیج کی حالتوں میں سرایت ڈپلوئی (diploë) کے ذریعہ سے عظم جبھی میں تیزی سے پھیل جاتی ہے۔ اور ایک قسم کا مغزب التهاب عظم (osteitis) اور التهاب عصب (meningitis) پیدا ہو جاتا ہے۔

**دتدی جوف (sphenoidal sinus)** فوقانی شخو کے پیچھے دتدی مصفاقی

گوشہ میں کھلتا ہے (شکل ۲۸)۔ یہ زندگی کے اسی حصہ میں نمو پاتا ہے جس میں کہ جبھی جوف - یہ گہرا

واقع ہوا ہے اور جب اس میں مرض پیدا ہو جائے تو اس تک بہت آسانی سے رسائی نہیں ہو سکتی۔ اس میں مزین قبیح جو ناک کی سرائتوں سے پیدا ہو جاتا ہے اکثر پایا جاتا ہے۔ اسکی مقدم دیوار کا قاعہ جو مقابلہ پتلی ہوتی ہے مقدم تمصنوں کے زیرین حاشیہ سے ۷ اور ۸ سنٹی میٹر کے درمیان ہوتا ہے۔ ٹلی (Tilley) اس امر کا مشورہ دیتا ہے کہ وسطی عظم مفتول کے زیرین کنارے کو جوف بندی کے فقہ کار رہنا تصور کرنا چاہئے۔ انفی فائل (nasal septum) بھی اس کے لئے ایک معتبر رہنما ہے۔ کیونکہ اسکا میکسی حصہ (vomarine part) ان اجواف کی مقدم دیوار پر منقصب ہوتا ہے۔ اگر مقدم تمصنوں کے فرش سے اس نقطہ کی طرف ایک سلائی سیدھی گزار دی جائے تو یہ مذکورہ گہرائی (۷ تا ۸ سنٹی میٹر) پر اس جوف کے فقہ پر پہنچ جائے گی۔

اس جوف کی باریک جانبی دیوار سے قریبی طور پر ملی ہوئی چند نہایت ہی اہم ساختیں ہوتی ہیں۔ کہفکی جوف اور اندرونی سباتی ثریان کے علاوہ بصری عصب اور پانچویں عصب کی دوسری قسمت اس سے بالکل ملی ہوتی ہے۔ اور انکے التهاب جوف (sinusitis) میں متاثر ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے (شکل ۳۳ صفحہ ۱۴۰) چھت پر جسم خمی ہوتا ہے۔ اس جسم کے سلعات بعض اوقات اس جوف پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ اسکی وریدیں مصناتی وریدوں میں ملتی ہیں۔ ان اجواف کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں۔ اور آسانی سے نشتب ہو جاتی ہیں جیسا کہ ایک واقعہ سے ظاہر ہوتا ہے جوں لندن ہسپتال (London Hospital) میں ہوا۔ ایک آدمی ٹھوکر کھا کر گرا۔ اور اسکی چھتری کا سراسوا حاک کے اوپر چہرے میں گس گیا۔ وہ ہسپتال میں چل کر آیا اور تین دن بعد فوت ہو گیا۔ چھتری کی شام جسر (pons) میں مدفون پائی گئی۔ اور اسکا سر فکی اور وندی اجواف میں سے گزر گیا تھا۔

فکی جوف (maxillary sinus) (مغارہ ہائی مور antrum of

Highmore: (شکل ۳۰) بوقت پیدائش موجود ہوتا ہے مگر بڑھاپے میں اسکے ابعاد عظیم ترین ہوتے ہیں۔ جن افراد میں غددودہ کی شکایت موجود رہی ہو ان میں اس جوف کی بالیدگی ناقص رہ جاتی ہے۔ اسکی سطحی تزیین جو اسکے محل کو چہرے پر ظاہر کرتی ہے شکل ۲۹ میں دیکھی ہیں۔ اس کہفکی دیواریں بچوں میں بالوں کی نسبت زیادہ موٹی ہوتی ہیں۔

اس میں مختلف قسم کے سلعات پیدا ہو سکتے ہیں جن سے اسکی دیواریں مختلف جہات میں متعدد ہو جاتی ہیں چنانچہ بالید پتلی اندرونی دیواریں سے ٹھکر ناک پر حملہ کر دی ہے۔ اور اس

کہفہ کی چھت کو اوپر کی طرف دھکیل کر مجھ پر حملہ آور ہوتی ہے (دیکھو شکل ۲، صفحہ ۱۱۷) اور یہ جوف کے فرش میں سے گزر کر منہ میں مداخلت کرتی ہے اور جوف کی مقدم دیوار میں سے جو سیقدر پتلی ہوتی ہے ٹھکر کھال میں آجاتی ہے۔ اس جوف کی دیوار کا کثیف ترین حصہ وہ ہے جو عظم العارض سے علائقہ رکھتا ہے اور یہ دبنا نہیں۔ بالیدوں کا میلان پیچھے کی طرف بڑھنے کی طرف نہیں ہوتا۔ اگرچہ یہ بعض اوقات وجبی (zygomatic) اور جنبی فکلی (pterygo-maxillary) حفرہ جات بھی حملہ آور ہوتی ہیں۔ چونکہ زیر مجھری (infraorbital) عصب اس جوف کی چھت کے ساتھ ساتھ گزرتا ہے اور اوپر کے دانتوں کے اعصاب بھی اسکی دیواروں سے تعلق رکھتے ہیں اسلئے اس سے پیدا شدہ بالیدوں کا دباؤ ان ساختوں پر پڑتا ہے اور اس طرح چہرہ اور دانت کا وضع العصب پیدا ہو جاتا ہے۔

تشریحی نقطہ نگاہ سے مفارہ کی مسیلت یا اسکا استقصاء یا تو دوسرے ضاحکے کے اوپر جہاں لہدی پتلی ہوتی ہے ایک محافل کی گرد غلطی دامن معکوس کر لینے کے بعد سوراخ کر دینے سے یا ایک ڈاڑھ محال کر اسکے سوراخ کو جو مفارہ میں رہ جاتا ہے بڑا کر دینے سے کیا جا سکتا ہے، اس لئے کہ ڈاڑھوں کے اور ضاحکے دوسری ڈاڑھ کے اندرونی سنحات یا تو جوف کے کہفہ میں پھنچے ہوتے ہیں یا دیکھے بہت قریب ہوتے ہیں۔ مگر مزاولت جراحی میں انیس سے کوئی بھی طریقہ اختیار نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ اس طرح مفارہ اور منہ کے درمیان جو جراثیم سے معمور ہوتا ہے ربط پیدا ہو جانے سے قبل الذکر میں منطوقہ سرائت ضرور پیدا ہو جاتی ہے اور اس طرح مفارہ کا مرض برقرار رہتا ہے۔ چونکہ منہ کی نسبت ناک میں بہت کم امراض باقی خورد عضویہ جات موجود ہوتے ہیں اسلئے مسیلت کے راستہ کے اسی کا انتخاب کرنا چاہئے۔ مزید برآں اس طریقہ سے قیمی مادہ نگلا نہیں جاتا اور سانس کے ساتھ اندر نہیں جاتا مگر منہ میں مسیلت کرنے کی حالت میں اس سے احتراز نہیں کیا جا سکتا۔ جسکا یہ ایک جزو ولا ینفک ہے۔ اگر ناک میں سے مفارہ میں کو چال لگنا نا ہو تو انفی منظار داخل کرنے کے بعد ایک مینل (trocar) ستھانی عظم مغلول کے نیچے سے اسکے طول کے وسط پر زیر نظر گزارنا چاہئے اور اسکے چسپیدہ قاعدہ کے نیچے جتنا ادنیٰ ممکن ہو لیجا نا چاہئے۔ یہاں پر لہدی بہت پتلی ہوتی ہے اسلئے مینل نیزبی کے ساتھ جھونک دینے سے مفارہ کے اندر چلا جائیگا۔

یہ جوف اپنے مقدمہ اور بالائی حصہ پر اکثر جہی جوف سے بھی ربط رکھتا ہے۔ شکل ۳ سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مفارہ جات حنک (palate) کے لیول سے بھی نیچے اتر جاتے ہیں۔ اور ان کی



131

مسیلیت ایسے فتحہ سے جو تنک کے لیول کے اوپر بنایا جائے بخوبی نہیں ہو سکتی۔ لہذا ناک میں ان کی موثر طور پر مسیلیت کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ جو سوراخ مذکورہ سابقہ طریقہ سے بمیزل (trocar) سے کیا جائے اسکو بڑا کر کے نیچے کی طرف کو بڑھا دیا جائے۔

فکی جوف کا فتحہ شکل ۲۸ و ۲۹ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ اس کہنف کی چھت کے لیول پر ہوتا ہے۔ لہذا اگر اس کہنف میں پیپ موجود ہو تو اسکی مسیلیت صرف اسی حالت میں سب سے زیادہ ہوگی جبکہ سر کو پھیر کر اس حالت میں رکھا جائے کہ ماؤف کو تنک سب سے اونچی رہے۔ جب سر آگے کی طرف کو جھکا ہو تو وندمی جوف نہایت آسانی سے خالی ہو جاتا ہے۔ اور جبھی جوف اس وقت خالی ہوتا ہے جبکہ سر پیچھے کی طرف ڈال دیا جائے اگر تحتانی منفذ بڑا ہو یا نابی منفذ (canine fossa) زیادہ واضح ہو تو اس مغارہ کا کہنف چھوٹا ہوتا ہے۔

ان اجواف کے عروق لمف کی مسیلیت پس بلعومی غد میں ہوتی ہے ایک موقع پر کرنے سے اوپر کا ایک دانت مغارہ میں بالکل گھس گیا تھا اور نظر سے غائب ہو گیا تھا ایک اقعہ میں ایک بالائی ثنیہ اس حادثہ کے ساڑھے تین سال بعد جس سے یہ اندر گھس گیا تھا مغارہ میں آزاد پایا گیا۔

# باب ہفتم

## چہرہ

132

(FACE)

چہرہ کے جن حصوں کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے انکے علاوہ دوسرے حصوں کا بیان مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت کیا جائیگا۔

- ۱۔ چہرہ عمومی حیثیت سے۔
- ۲۔ خطہ کلفیہ (parotid region)۔
- ۳۔ اوپر اور نیچے کے جبرے اور انکے متعلقہ حصے۔
- بوں کا ذکر کہنہ دہن کے ساتھ آئیگا (باب ہشتم)۔

## چہرہ عمومی حیثیت سے

چہرہ کی جلد پتل اور نازک ہوتی ہے۔ مگر اس میں دہنی اور عرقی غدو بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ اسلئے اس پر اکثر کثیریل (acne) نکل آتے ہیں۔ جلد کے پتلے ہونے اور کثیف رد اول کے نہ پائے جانے کی وجہ سے وجہی خراجات کا منہ بالعموم جلد ہی بنجاتا ہے اس لئے یہ شاذ و نادر ہی بڑی جسامت اختیار کرتے ہیں۔

چہرہ کی زیر جلدی خلوی بافت نازک اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اور

پھیلنے والی در زیر شدوں سے بآسانی ماؤف ہو جاتی ہے۔ لہذا التهاب کی حالت میں بعض اوقات بہت سا ورم نمودار ہو جاتا ہے اور عمومی استسقا میں چہرہ کی اور خاص کر نیچے کے پوٹوں کی ڈھیلی بافت کی پھولن ایک نمایاں اور ابتدائی مظہر ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں ٹھڈی کے اوپر کی جلد خاص طور پر بہت ہوتی ہے اور نیچے کے حصوں سے منضم ہوتی ہے، اور بہت سے لحاظات میں یہ چاندنی کی جلد سے بہت قریبی مشابہت رکھتی ہے۔

وجہی بافتوں کی حرکت پذیری چہرہ کو اس قابل بنا دیتی ہے کہ اس پر ترقیعی عملیہ جات کامیابی سے کیئے جاسکیں! اور انہی کثرت عروقی کی وجہ سے سریع اور مکمل اندمال بالعموم نقیض ہوتا ہے۔

133

شحمی سلعات چہرہ پر شاذ و نادر ہی ظہور پذیر ہوتے ہیں اگرچہ اسکی زیر جلدی بافت میں بہت سا شحم موجود ہوتا ہے۔ اور فی الحقیقت معلوم ایسا ہوتا ہے کہ یہ سلعات اس خط سے احتراز کرتے ہیں۔ چنانچہ ڈینی (Denay) نے ایک آدمی کے متعلق اطلاع دی ہے جسکے جسم پر ۲۱۵ شحمی سلعات تھے مگر چہرہ پر ایک بھی نہیں تھا۔ لیکن پیشانی پر شحمی سلعات قلیل الوقوع نہیں۔

چہرہ پر بعض قروح مثلاً قارص (rodent) اور ذہبی قروح (lupus ulcers) کے پیدا ہونے کا خاص امکان ہوتا ہے۔ اور اس پر قایمہ خبیث (malignant pustule) زجرہ (anthrax) کا حملہ نہایت کثرت سے ہوتا ہے۔

چہرہ پر بعض ارتقاعات موجود ہیں مثلاً ٹھڈی۔ عظم خدی اور پیشانی۔ ان پر کسی کند آکے سے چوٹ لگنے یا انکے بل گرنے سے ایسا زخم پیدا ہو سکتا ہے جسکے کنارے صاف طور پر کٹے ہوتے ہیں۔ اور یہ زخم بعینہ ایسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ اس طرح چاندنی پر پیدا ہوتا ہے۔

عظم العارض (malar bone) اس قدر ٹھکم ہوتی ہے اور اسکے تعلقات حجمہ سے اس قدر بلا واسطہ ہوتے ہیں کہ اس پر زور سے چوٹ لگنے سے ارتجاج (concussion) پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ ہڈی نازک ہڈیوں پر ٹکتن ہوتی ہے اسلئے اس میں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ فی الحقیقت فک (maxilla) میں ٹکس جاتی ہے اور اس ساخت میں وسیع کسر پیدا کر دیتی ہے اور خود اسے کوئی نقصان نہیں پہنچتا۔ عظم عارضی کے کسر سے بعض اوقات مجر کا کدم (ecchymosis) پیدا ہو جاتا ہے جو اسی کدم سے مشابہ ہوتا ہے جو کوپری کے

قاعدہ کے کسر میں پایا جاتا ہے۔

## رشد خون۔

جہی بافتیں بہت کثیر العروق ہوتی ہیں۔ اور شریانوں میں شاذ کی عوق حرکی اعصاب کی رشد جو فوقانی عنقی عقدہ سے آتی ہے خاص طور پر افراط سے موجود ہوتی ہے۔ لہذا جذبہ کی حالتوں میں چہرہ آسانی سے سرخ بھی ہو جاتا ہے اور نیز اسکی رنگت بھی اڑ جاتی ہے۔ شراب خوار اشخاص میں اور ان لوگوں میں جو سردی میں زیادہ رہتے ہوں اور سردی دوران خون کے مریضوں میں جنہیں انداد خواہ قلبی عرقی تغیرات سے پیدا ہوا ہو یا بعض جلدی امراض سے جلدی جذبیہ اکثر مستقل طور پر محقق رہتے ہیں۔ وحامت (naevi) اور مختلف اقسام کے ناعط سلعات چہرہ پر عام طور پر نمودار ہو جاتے ہیں۔ رشد خون کے بافراط موجود ہونے کی وجہ سے چہرہ کے زخموں سے اگرچہ انکے لگنے کے وقت جریان خون بکثرت واقع ہوتا ہے مگر یہ بے نظیر سرعت سے ٹپک ٹپک طور پر مندمل بھی ہو جاتے ہیں۔ لہذا ایسے زخموں کے کن روں میں دل اول ہی صحیح صحیح مطابقت پیدا کر دینے سے ندبہ کی زیادہ پیدائش کے بغیر ہی بالعموم مکمل اندمال واقع ہو جاتا ہے۔ جلد کے وسیع دامنوں کی حیویت جو دریدہ زخموں میں جلد کے چھٹے سے بجاتے ہیں تقریباً اسی طرح ہی نمایاں طور پر قائم رہتی ہے جس طرح کہ چاندلی کے اسی قسم کے دامنوں کی۔ چہرہ کے وسیع ضررات جنہیں بہت سی ساخت ضائع ہو گئی ہوں اکثر حیرت انگیز طریقہ پر مندمل ہو جاتے ہیں؛ مینا کہ ان ترقیعی وجہی عملیات سے ظاہر ہوتا ہے جو جنگ عظیم کے زخمیوں پر کئے گئے تھے۔ وجہی شریان کے نبضانات جب طے کئے یں کن رے پر جہاں عضلہ مضغیہ (masseter muscle) کے مقدم کن رے کے عین سامنے سے گزرتی ہے بہترین طور پر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ یہاں یہ صرف جلد اور عضلہ منتنہ (platysma) سے ہی پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور ہڈی پر باسانی مضبوط کیجا جاسکتی ہے اور اسپرینڈش بھی لگائی جاسکتی ہے۔ اس شریان کے تفلمات چہرہ پر اس کثرت سے ہوتے ہیں کہ اسکو کاٹنے کے بعد دونوں سروں کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

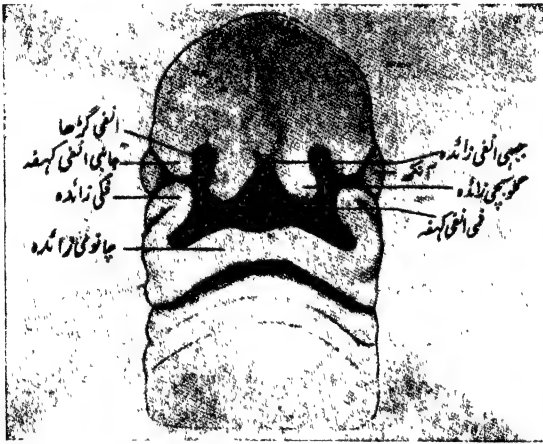
184

وجہی ورید شریان کے ساتھ صرف جبرے کئے یں کن رے پر ہی ملی ہوتی ہے۔ اور چہرہ پر یہ اس سے معتدبہ فاصلہ پر ہوتی ہے۔ یہ ورید اتنی ڈھیلی ڈھالی نہیں ہوتی جتنی کہ اکثر سطحی وریدیں ہوتی ہیں۔ کاٹنے کے بعد یہ زیادہ منفتح رہتی ہے۔ اسیں مصاریع نہیں ہوتے، اور ایک سرے پر یہ کھنکی جوف سے بلا واسطہ طور پر ربط رکھتی ہے، اور دوسرے پر گردن میں اندرونی ساتی ورید سے۔

مزید برآں یہ درون جمجمی وریدوں سے بھی ربط رکھتی ہے، مگر یہ اتنا براہ راست نہیں ہوتا۔ اور یہ ربط یوں ہوتا ہے:- وجہی ورید عمیق وجہی ورید (deep facial vein) کو وصول کرتی ہے جو جناحی ضغیرہ سے آتی ہے! اور یہ ضغیرہ کہنگی جوف سے چند چوٹی چوٹی وریدوں کے ذریعہ سے جو سوراخ بیضوی (foramen ovale) اور سوراخ دریدہ وسطی (foramen lacerum medium) کی یعنی بافت میں سے گزرتی ہیں ربط رکھتا ہے۔ جبھی ورید کے ان تعلقات سے چہرہ کی بعض التہابی سرایتوں سے موت واقع ہونے کی توجیہ ہوتی ہے۔ چنانچہ چہرہ کے شبہ چراغ (carbuncle) یا کسی دوسری منتشر اور عمیق التہابی حالت سے (جو خاکسکر بالائی لب کی ہواور جناح الانف کے قرب وجوار میں ہو) دماغی اجواف میں بعض اوقات ہلک علقیت پیدا ہو جاتی ہے۔

**بچہر کے نمبو کا حوالہ دینے سے پانچویں صوب کی تقسیم اور بعض غیر طبیعی حالتوں مثلاً خرگوشی لب (hare-lip)، کبر الفم (macrostoma) وغیرہ کی توضیح میں مدد ملے گی۔ یہ پانچ زائیدوں سے نمبو پاتا ہے۔ ایک وسطانی یا جبھی انفی (fronto-nasal) جو ہر ایک طرف موجود ہوتا ہے اور ایک فکی (maxillary) اور ایک چانوی (mandibular)۔ جبھی انفی زائیدہ پر دو چھوٹے چھوٹے جانبی ارتفاعات پیدا ہو جاتے ہیں جو گلوبجہ نما زائیدہ کہلاتے ہیں انکے درمیان ایک مثلث رقبہ یعنی انفی میدان (nasal field) ہوتا ہے۔ اس سے آئندہ چکر ناک کا بانسا طیار ہوتا ہے۔ ہر ایک گلوبجہ نما زائیدہ (processus globularis) کی جانب پر ایک نشیب یعنی انفی گڑھا (nasal pit) ہوتا ہے۔ اس طرح جبھی انفی زائیدہ (fronto-nasal process) تین حصوں پر تقسیم ہو جاتا ہے یعنی دو جانبی انفی زائیدہ اور ایک وسطانی زائیدہ جبہ دو گلوبجہ نما یا وسطانی انفی ارتفاعات موجود ہوتے ہیں۔ یہ بڑھتے بڑھتے سلاخوں کی شکل اختیار کر لیتے ہیں اور ایک دوسرے سے اور فکی زائیدہ سے متحد ہو جاتے ہیں جیسا کہ شکل ۳۱ و ۳۲ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ انفی میدان (nasal field) مرتفع ہو جاتا ہے۔ اور اس کے بالائی حصہ سے ناک کی پشت طیار ہوتی ہے اور اسکا زیریں حصہ بڑھتے بڑھتے انفی فاصل کا ستونچہ (columella) بن جاتا ہے۔ لب کا نثرہ (philtrum) اور پیش فک (premaxilla) گلوبجہ نما زائیدوں کے ایک دوسرے کے ساتھ وسطی خط پر متحد ہونے سے بنتے ہیں۔ اسکے بعد چہرہ پہلے چانوی زائیدوں کے ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہونے اور پھر ہر ایک طرف فکی زائیدہ کے چاند اور جبھی انفی زائیدہ کے کچھ حصوں کے ملنے سے مکمل ہو جاتا ہے۔ فک اور جانبی انفی زائیدہ کے مقام اتصال سے جناح الانف (ala nasi) طیار**

ہوتے ہیں۔ نثرہ (philtrum) (جو گلوبہ نہایا وسطانی انفی زائندوں کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے) اور فک کے عدم اتحاد سے جانبی خرگوشی لب (lateral hare-lip) پیدا ہوجاتا ہے۔ اور ناک اور فک کے نہ ملنے سے وجہی رز (facial cleft) پیدا ہوجاتی ہے۔ اور فک اور چانہ کے غیر مکمل اتحاد سے کبرالغم (macrostoma) پیدا ہوتا ہے۔ اگر جبہ انفی زائندہ (fronto-nasal process) کانمو واقع نہ ہو تو سائیکلوپس (cyclops) کی حالت پیدا ہوجاتی ہے اسکے ساتھ پانچویں عصب کی ایک شاخ یعنی انفی عصب آتا ہے۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت کلی زائندہ کا عصب ہے اور



شکل ۳۱-۸ ملی میٹر مضغہ کا چہرہ۔  
(ہس) His اور مک موریچ McMurich کے مضغہ۔  
تیسری قسمت چانوی زائندہ کا۔

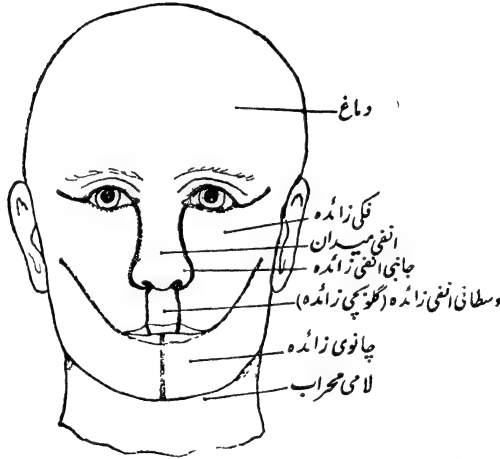
**عصبی رس**۔ چہرہ پر اعصاب بکثرت پائے جاتے ہیں پانچواں عصب حسی

اور جبہ عصب حرکی ہے (شکل ۲ صفحہ ۱۱)۔ چہرہ پر کثیر التعداد عصبی ریشکوں کے موجود ہونے اور پانچویں عصب کے وسیع حسی نوات سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ چہرہ پر شدید غراش اور حوال کے اثر کر نیسے ایک وسیع عصبی فعل کے ظہور پذیر ہونے کا احتمال ہوتا ہے (شکل ۴۴ صفحہ ۱۴۳)۔ ڈاکٹر جارج جانسن (Dr. George Johnson) ایک واقعہ کا ذکر کرتا ہے جس میں رخار کے ایک ندبہ میں حقیق کے ایک ٹکڑہ کے مدفون ہونے سے وجہی وجع العصب (facial neuralgia) اور وجہی شلل (facial paralysis) کا

(paralysis) اور فنک بستیگی (trismus) پیدا ہو گئے تھے اور صرع کے حملے خود کرائے تھے۔

## ۱۔ حسی رسد

پانچواں یعنی سہ توامی (trigeminal) عصب جس (pons) کی



شکل ۳۲ چہرہ کے ان حصوں کو ظاہر کرتی ہے جو انفی فکی اور چانوی زائدوں

(From Keith's "Human Embryology and Morphology")

سے بنتے ہیں۔

تحتانی سطح سے نکلتا ہے اور اسکی دو جڑیں ہوتی ہیں جنہیں سے ایک بڑی حسی ہوتی ہے اور دوسری جھوٹی حرکتی۔ یہ جڑیں آگے اور باہر کی طرف کو بڑا حکو کھوپری کے موخر حصہ میں چلی جاتی ہیں۔ اور خیمتہ الدماغ (tentorium cerebelli) کے عین نیچے اور جس مقام پر یہ عظم حجری کے بالائی زاوے سے چسپیدہ ہوتا ہے اسکے قریب ہی ام جافیہ کو منتقب کرتی ہیں۔ داخلی سمی منفذ اور اس لئے ساتواں اور آٹھواں عصب بھی موخر حصہ سے باہر نکلنے سے عین پہلے انکے نیچے اور نیچے ہوتے ہیں۔ لہذا دماغ کے پیش زیرین حصہ پر جو سلعات پیدا ہوتے ہیں انکے دباؤ کے سہ توامی (trigeminal) عصب کی جڑوں پر پڑنے کا احتمال ہوتا ہے جو کیفیت رجوع العصب کم حسی (hypo-aesthesia)

اور ناقص لمبھی معکوسہ (conjunctival reflex) کا باعث ہوتا ہے۔ گریہ حالتیں اتنی شدید نہیں ہوتیں جتنی کہ صادقہ توامی وجع العصب میں ہوتی ہیں۔

ام جافیہ کو منقبت کرنے کے بعد جڑیں غار میکل (cave of Meckel) میں داخل ہو جاتی ہیں۔ یہ غار ام جافیہ کے پھٹنے سے پیدا ہوتا ہے اور عظم ججری کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں پر حسی جڑ پھیل کر نیم قمری (semilunar) یعنی گیسری (Gasserian) عقدہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے! اور محو کی جڑ اس عقدہ کے نیچے سے آگے بڑھ جاتی ہے اور پھر اس عصب کی تیسری یعنی چانوی قسمت سے متحد ہو جاتی ہے۔

138

میکل کے غار کے نیچے ہڈی کے اس صفحہ میں جس سے قنال سباتی کی چست عظم ججری کے راس کے قریب بنتی ہے ایک نشیب ہوتا ہے۔ سر جن کے لئے اس امر کا خیال رکھنا دلچسپی سے خالی نہ ہو گا کہ شاذ ذمالوں میں ہڈی کا یہ صفحہ غائب بھی ہوتا ہے۔

دوسرے قریبی علاقہ جات جنکو گیسری (Gasserian) عقدہ پر عملیہ کرتے وقت ملحوظ خاطر رکھنا چاہئے مندرجہ ذیل ہیں۔

(۱) عقدہ کی اندرونی طرف پر کھنکی جوف کا موضع حصہ ہوتا ہے۔

(۲) باہر کی طرف وسطی سحانی شریان ہوتی ہے۔ اور اس عقدہ تک باہر کی طرف سے

رسائی کرتے وقت اس عرق کو سورخ شوکی (foramen spinosum) میں کوئی موزوں چیز ٹھونس دینے سے سدود کر دیا جاتا ہے۔

(۳) اوپر کی اور باہر کی طرف صدغی و تندی لمحۃ (temporo-sphenoidal)

(lobe) ہوتا ہے۔

یہ عقدہ نیم قمری ہوتا ہے۔ مسمیٰ برد مقعر وسطانی جانب پر داخل ہوتی ہے اور عصب کور کی تینوں قسمتیں جانبی صمدب طرف سے نکلتی ہیں۔ ان قسمتوں میں سے ہر ایک کے ساتھ ساتھ ام جافیہ کی ایک شاخ ملی جاتی ہے جو غار میکل (cave of Meckel) کی دیواروں سے نکلتی ہے۔ یعنی (ophthalmic) یا پہلی قسمت کھنکی جوف کی بیرونی دیوار میں داخل ہو جاتی ہے۔ اور فوقانی مججری یا تندی شقاق کے قریب انفی ادعی اور جبہ تین شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ کھنکی جوف میں تیسرا محرک العین (oculo-motor) عصب اور چوتھا کمری (trochlear) عصب اکٹھے عین اوپر واقع ہوتا ہے۔



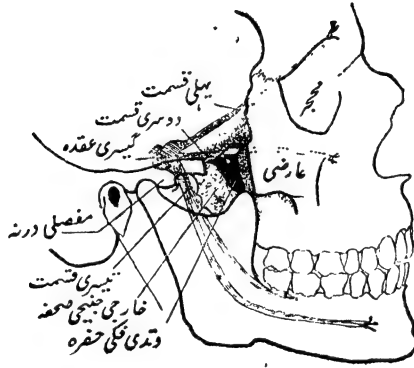
فکلی (maxillary) یا دوسری قسمت حفر، وسطی میں سے گزرتی ہوئی جوف کھنکی کے ٹیرین حصہ کے قریب سے آگے کی طرف کو چلی جاتی ہے! اور کھویری میں سے پہلے گزرتی ہوئی (foramen rotundum) میں سے باہر نکلتی جھنجھی جھنکی حفر (pterygo-palatine fossa) اور تحتانی مجری (inferior orbital) یا فکلی (spheno-maxillary) شقاق میں سے گزرتی جاتی ہے! اور پھر تحتانی مجری قنال میں داخل ہو کر چہرہ پر تحتانی مجری سوراخ پر نکل آتی ہے۔ پہلی قسمت کی طرح یہ بھی بالکل حسی ہوتی ہے۔

چانوی یا تیسری قسمت سوراخ بیفوی (foramen ovale) میں سے باہر نکلتی ہے۔ یہ زیادہ تر حسی ہوتی ہے۔ مگر اس میں مغضی عضلات، چانی لامی (mylo-hoid) عضلہ اور دھنکی عضلہ (digastric) کے مقدم شکم کی رسد کے لئے حرکتی ریشہ جات موجود ہوتے ہیں۔ پانچویں عصب کی قسمتوں کے ذریعہ سے جو رقبہ جات حسی رسد پاتے ہیں وہ شکل ۲ صفحہ ۱۱ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔ فوق مجری اور زیر مجری اور ذقنی سوراخوں کے محلات مندرجہ ذیل طریقہ سے ظاہر کئے گئے ہیں۔ فوق مجری سوراخ فوق مجری حید کے اندرونی اور وسطی ثلثوں کے مقام اتصال پر پایا جاتا ہے۔ اس نقطہ سے اگر ایک سیدھا خط نیچے کی طرف کو ہر ایک جبڑے کے دونوں ضو احک کے درمیان میں وقفہ پر سے گزرتا ہوا کھینچا جائے تو یہ زیر مجری اور ذقنی سوراخوں کو کاٹتا ہو گا۔ اگر ریگتا زیر مجری سوراخ مجر کے حاشیہ کے نیچے پہلے ایچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ ذقنی سوراخ بالوں میں جو فیروزہ اور جبڑے کے زیرین کنارے کے وسط پر واقع ہوتا ہے! اور زیر لب اور جبڑے کے درمیان غشائے مخاطی کا جوتہ انبان ہوتا ہے اس سے نیچے پہلے ایچ سے ذرا زیادہ فاصلہ پر ہوتا ہے۔ کس بلوغ میں یہ سوراخ فک کے زیرین کنارے کے زیادہ قریب ہوتا ہے اور بڑھاپے میں یہ جو فیروزہ کے پاس ہوتا ہے! اگر کسی وجہ سے ذقنی سوراخ میں کوئی اشرب کرنا مقصود ہو تو سوئی داخل کرتے وقت اسکا میلان ذرا نیچے اور آگے کی طرف کو رکھنا چاہئے۔ کیونکہ سوراخ کے نزدیک ہی قنال غیر متوقع طور پر اوپر اور پیچھے کی طرف کو مڑ جاتی ہے۔

## زیر مجری عصب و جع العصب میں اس مقام پر کاٹ دیا گیا ہے جہاں

یہ چہرہ پر نکلتا ہے۔ اس تک یا تو خارجی نکشاف سے رسائی کی جاتی ہے، اور یا رخسار اعما کرسمہ کے اندر سے۔ بعض حالتوں میں مجر کا فرش معر کیا جا چکا ہے اور زیر مجری قنال (جس کے مقدم

نصف کی چمٹ عظمیٰ ہوتی ہے) کھول دی گئی ہے۔ اور اس طرح اس عصب کے تنے کے بڑے بڑے حصے کاٹ کر علیحدہ کر دئے گئے ہیں۔ و تدمی حنکی (spheno-palatine) عقدہ (عقدہ میکل Meckel's ganglion) کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت کے وجع العصب کی ٹسکین کے لئے اکڑ کاٹ کر علیحدہ کر دیا گیا ہے۔ رخسار کے سامنے کے حصہ سے جلد کا ایک مثلث دامن کاٹ کر اوپر کی طرف کھینچا دیا جاتا ہے۔ اور زیر مجری سورخ معرا کر لیا جاتا ہے۔ مفارہ کی مقدم دیوار ترخان کے ذریعہ سے کھول لی جاتی ہے اور زیر مجری میزاب کے فرش سے ہڈی کاٹ دی جاتی ہے۔ اس طرح اس قنال میں جو عصب موجود ہوتا ہے



شکل ۳۳۔ پانچویں عصب کی دوسری اور تیسری قسمتوں کی سطحی تریسہیں۔

140

وہ اچھی طرح سے سامنے آ جاتا ہے۔ اس عصب کا تعاقب پیچھے کی طرف کو مفارہ کی موجودہ دیوار تک کیا جاتا ہے۔ اس دیوار میں بذریعہ ترخان سورخ کرنے سے تدمی حنکی (spheno-maxillary) (جنینی حنکی: pterygo-palatine) حفرہ کھل جاتا ہے اور عقدہ میکل (Meckel's ganglion) معرا ہو جاتا ہے (شکل ۳۳)۔ اس عقدہ کی طرف سورخ تدریجاً شناخت کیا جاسکتا ہے۔ زیر مجری شریان بھی عصب کے ساتھ ہی موجود ہوتی ہے اور یہ عرق معراپنی مقدم سنی (anterior dental) شاخ کے جو شایا اور انیاب کو آتی ہے غالباً کاٹ دیا جاتا ہے۔ زیر مجری شریان جنینی صغیرہ (pterygoid plexus) میں ختم ہو جاتی ہے۔ عقدہ مذکور اندرونی حنکی (internal maxillary) شریان کی انتہائی شاخوں سے محصور ہوتا ہے۔

اور یہ ایک مثلث شکل کا جسم ہوتا ہے جس کا قطر تقریباً ۱ انچ ہوتا ہے۔ باہر کی طرف سے یہ ذرا محدب ہوتا ہے اور اسکی رنگت سرخی مائل ہوتی ہے۔

جس عملیہ کا ذکر اوپر کیا گیا ہے ویسے عملیہ جات سے حصوں کے تعلقات کا پتہ چلنے میں مدد ملتی ہے۔ گراب منزلت میں انہی جگہ اشترابات کے سادہ ذرائع اکثر اختیار کئے جاتے ہیں۔ عصب کے تنے میں انکل مطلق داخل کرنے سے اسکی رقبہ تفرع میں عدم حیثیت پیدا ہوا جاتی ہے جو چھ ماہ تک یا اس سے زائد عرصہ تک کے لئے رہتی ہے۔ ایسے اشترابات کو کامیابی سے سرانجام دینے کے لئے ان اعصاب کے محل اور حر اور انکے ارد گرد کی ساختوں کے بہت صحیح علم کی ضرورت ہے۔ پانچویں عصب کی دوسری قسمت کا نم شکل ۳۳ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ اگر وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر عظم العارض کے صعودی حاشیہ کے ۶ ملی میٹر (۱ انچ) پیچھے ایک نقطہ لیا جائے تو یہ وندی فکی حفزہ (spheno-maxillary fossa) کے بالائی حصہ کے عین اوپر واقع ہوگا جس میں پانچویں عصب کی دوسری قسمت اور عقدہ میکل (Meckel's ganglion) ہوتا ہے۔ عصب تک پہنچنے کے لئے سوئی کو ۳۴ ملی میٹر (۱ انچ) داخل کر دینا چاہئے۔ مجر کے فرش کے ساتھ ساتھ کا راستہ اس سے زیادہ آسان اور زیادہ بے خطر ہے۔ سوئی مجر کے پیرین کناے کے نقطہ وسطی پر داخل کی جاتی ہے اور فرش کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو سر کے سہمی مستوی کے متوازی بھونک دیا جاتی ہے۔ سوئی کو وندی فکی حفزہ (spheno-maxillary fossa) میں یہاں تک بھونک دیا جاتا ہے کہ یہ سوراخ مدور پر یا اسکے گرد و نواح میں عظم وندی کے سامنے آنے سے آگے جانے سے رک جاتی ہے۔ مناسب دست درزی سے سوئی سوراخ مدور میں داخل ہوتی ہوئی محسوس کی جا سکتی ہے۔ مجر کے حاشیہ سے سوراخ مدور ۳۳ ملی میٹر (۱ انچ) کی گہرائی پر واقع ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں اس عصب تک وجہ (zygoma) کے بالائی کنارہ پر فدی زاویہ کے عین پیچھے اندر کی طرف سوئی داخل کرنے سے بھی رسائی ہو سکتی ہے۔ یہ عقدہ سطح سے ۵۰ ملی میٹر (۲ انچ) کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (Symington: سینٹنگٹن)۔

## تحتانی سنی عصب (inferior dental nerve) دونوں نواہک

کی جڑوں کے مقابل خدی غشائے معامی میں تنگاف دیکر سوراخ ذقنی (mental foramen) پر کاٹنا چاہئے۔ اس تنگاف میں سے عصب کا الغتاب اور اسکے جلدی حصہ کا استیصال کیا جاسکتا ہے۔

یہ عصب چانوی (تحتانی سنی) سوراخ میں داخل ہونے سے پیشتر مندرجہ ذیل طریقہ پر کاٹا جاتا ہے۔ منہ کو خوب اچھی طرح سے کھول کر آخری بالائی طاحنہ سے لیکر آخری زیرین طاحنہ تک اکیلے منہ زائده (coronoid process) کے عین اندر کی طرف جبکہ حدود جھٹ سے واضح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں ایک شکاف دے دیا جاتا ہے۔ یہ شکاف غشاء مخاطی میں سے گزرتا ہوا نیچے کی طرف عضلہ صدغیہ کے وتر تک پہنچتا ہے۔ اس شکاف میں انگلی داخل کر کے جڑے کی فرع (ramus) اور عضلہ جنجیہ داخلہ (internal pterygoid muscle) کے درمیان سے گزار دیا جاتی ہے، حتیٰ کہ وہ غلطی مقام محسوس ہونے لگتا ہے جو چانوی (تحتانی سنی: inferior dental) قنال کی نشاندہی کرتا ہے۔ یہاں پر اس عصب کو ایک ہک کے ذریعہ سے اٹھا کر منفرد کر لیا جاتا ہے اور کاٹ دیا جاتا ہے۔

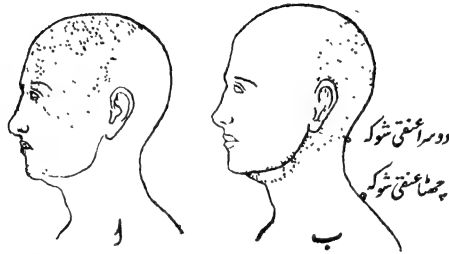
**خدی عصب (buccal nerve)** رخسار کی غشاء مخاطی اور جلد کو مرمد پہنچاتا ہے۔ اور عضلہ بوقیہ (buccinator muscle) کی بیرونی سطح پر سے آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

**پانچویں عصب کی تیسری قسمت کا تنا کھوپری کے حفہ وسطی سے**  
سوراخ بیضوی میں سے باہر نکلتا ہے جسکا محل وجہ کٹنے پرین کن رے کے اُس حصہ کا تناظر ہوتا ہے جو فراز مفصلی (eminentia articularis) کے عین سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۳۳)۔ اس عصب کے تنے یا عقدہ گیرسی (Gasserian ganglion) میں اثرا ب کرنے کے لئے مغز کو خوب اچھی طرح سے منہ کھولنے کے لئے لٹکا دیا جاتا ہے تاکہ چانہ کا اکیلے منہ زائده منخفص ہو کر راستے سے ہٹ جائے۔ اور پھر فراز مفصلی (eminentia articularis) کے ایک انچ سامنے سوئی داخل کر دیا جاتی ہے اور اسکو سیدھا اندر کی طرف اور کیسیدرا وپر کی طرف وندی کی زیرین سطح کے بالمقابل لے جایا جاتا ہے، حتیٰ کہ یہ ۳.۴ ملی میٹر (۱.۱ انچ) کی گہرائی پر پہنچ جاتی ہے۔ جب سوئی خارجی جنجی صفحہ (external pterygoid plate) کی بیرونی سطح سے ٹکراتی ہوئی محسوس ہو تو اسے اتنا ہچھے ہٹایا جاسکتا ہے کہ یہ اس صفحہ کے پچھلے کن رے پر سے پھسل جائے۔ اب پچھکاری کے تل کو ذرا سائیچے کی طرف دبانے سے سوئی کا سرا اوپر کا رخ اختیار کر لے گا، اور اس لئے آگے بڑھ کر میکیل (Meckel) کے غاریں داخل کیا جائیں گے۔ اس طریقہ سے جسم عقدہ میں الجھل کا اثرا کیا جاسکتا ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔

جب کوئی حسی عصب کاٹ دیا جاتا ہے تو اس سے پیدا شدہ

فقدانِ حس درد کا رقبہ اسکے تشریحی تفرع کا تناظر نہیں ہوتا۔ چنانچہ جب پانچویں مجموعی عصب کی عینی (ophthalmic) قسمت کاٹ دجاتی ہے تو پیشانی کے اوپر کی جلد کی صرف ایک کم عینی دھجی پر سے ہی حس مکمل طور پر زائل ہوتی ہے حالانکہ تشریحی تفرع سے آدمی یہ نتیجہ نکالتا ہے کہ پیشانی اور

148



نشل ۳۴۔ ٹیشل اُس فقدانِ حس کو ظاہر کرتی ہے جو (۱) عقدہ گیری کے استیصال اور (۲) دوسرے عینی عصب کے کاٹنے سے پیدا ہوتا ہے۔

(مطابق ایچ۔ ایچ۔ ٹوتھ : H. H. Tooth)۔

جس رقبہ میں سیاہ نقاط لگائے گئے ہیں اس میں نخر مرضی حس پذیر صلیح ہو گئی ہے اور جس رقبہ میں سفید نقاط لگائے گئے ہیں اس میں برنات قد حس پذیر زائل ہو گئی ہے۔

چاندلی کے مقدم نصف کی جلد متاثر ہوگی (دیکھو نشل ۲ صفحہ ۱۱)۔ اگر دوسری قسمت کاٹ دی جائے تو عدم حسیت کا رقبہ ایک تنگ فضا تک جو مچھر اور منہ کے درمیان ہوتی ہے محدود ہوتا ہے۔ اور تیسری قسمت کے کاٹنے سے یہ رقبہ ایک دھجی پر مشتمل ہوتا ہے جو کان کے سامنے سے نیچے کے جڑے کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتی ہے (ہیڈ : Head)۔

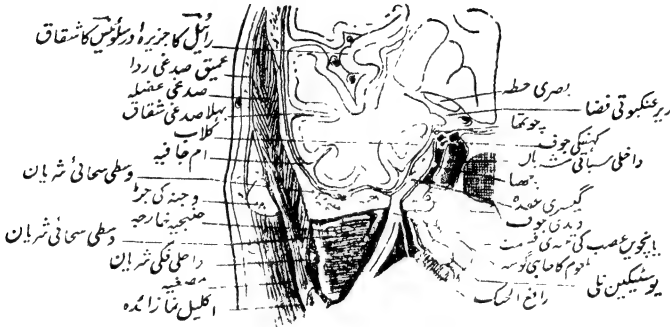
ہیڈ (Head) نے ان مختلف فیہ نتائج کی جو کسی حسی عصب کو کاٹنے سے برآمد ہوتے ہیں توجیہ کی ہے۔ عصب میں تین قسم کے حسی عصبی ریشہ جات ہوتے ہیں (۱) وہ جس میں عمیق کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ عضلات، عظام، رباطات، مفاصل اور عمیق مانتوں کو دباؤ اور درجہ حرارت

کرنے کی قوت بخشتے ہیں۔ (۲) وہ جو خنجر مرضی حس پذیر (protopathic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ جلد کو کسی چیز کے چھنے اور ۴۰ درجہ ف سے اوپر یا ۲۲ درجہ ف سے نیچے کی تپش کے لئے حس بناتے ہیں۔ (۳) وہ جو برناقد حس پذیر (epicritic sensibility) کے حامل ہوتے ہیں۔ یہ ریشے جلد کو ہلکے لمس (جسکا امتحان کسی ایسی چیز سے جیسی کہ روئی ہے کیا جاتا ہے) اور تپش کے زیادہ دقیق درجوں کو محسوس کرنے کی قوت بخشتے ہیں۔ اکثر مثالوں میں ایسا ہوتا ہے کہ جب عصب کاٹا جاتا ہے تو برناقد (epicritic) حس پذیر کی فقدان اپنی وسعت میں عصب کے تشریحی تفرع کا متناظر ہوتا ہے۔ جب نیم قمری یا گیسری (Gasserian) عقدہ دور کیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲ اور ۳) تو برناقد (epicritic) حس پذیر کی فقدان رقبہ تفرع کا متناظر ہوتا ہے مگر خنجر مرضی (protopathic) حس پذیر کی فقدان تشریحی رقبہ سے نسبتاً کم ہوتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ جو خنجر مرضی (protopathic) ریشہ جات دوسرے عصب سے نکلنے میں (شکل ۳۴) وہ جلد کے اُس رقبہ تک بھی پہنچتے ہیں اور اسکو رسد بھی پہنچاتے ہیں جسکو برناقد (epicritic) حس پذیر کی پانچویں عصب سے حاصل ہوتی ہے۔ پھرے کے زیر حصہ میں ان رقبہ جات میں کوئی تراکب نہیں پایا جاتا ہے۔ پانچویں عصب کی ذقنی (mental) شاخ میں برناقد (epicritic) اور خنجر مرضی (protopathic) ریشہ جات کا تفرع جلد کے ایک ہی حصہ پر پایا جاتا ہے۔ اسلئے کسی حسی عصب کے کٹنے سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں انکا انحصار ان ریشوں کی نوعیت پر ہوتا ہے جو اس عصب میں موجود ہوتے ہیں، اور نیز جلد کی اس وسعت پر ہوتا ہے جسپر ہر قسم کے عصب کا پھیلاؤ فرداً فرداً پایا جاتا ہے۔ نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی چہرہ کی عمیق ساختیں دباؤ کیلئے حساس رہتی ہیں۔ اور اسکی وجہ یہ ہوتی ہے کہ عصب وہی میں بعض دراز ریشے موجود ہوتے ہیں جو دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں (میلونی: Maloney اور کینڈی: Kennedy)۔

گیسری (Gasserian) عقدہ کا استیصال ناقابل برداشت اور دشوار علاج و جمع العصب کے مریضوں کے لئے سرجن کو یہ اختیار ہے کہ وہ یا تو عقدہ میں انکھل کا شراب کر دے یا نیم قمری عقدہ کا استیصال کر دے اور یا اسکی حسی جڑوں کو کاٹ دے۔ یہ پانچویں عصب کا حسی عقدہ ہے اور اُس حسی عقدہ کا متناظر ہے جو شوکی عصب کی موخر جڑ پر پایا جاتا ہے۔ انکھلے استیصال پانچویں عصب کے عصبی ریشوں میں انخطا لازمی طور پر نمودار ہو جاتا ہے۔ جو علیہ العوم سرانجام دیا جاتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہے (دیکھو شکل ۳۵)۔

اومیگا (omega) کی شکل کا جلد کا ایک دامن اوپر اٹھایا جاتا ہے اس دامن کے قاعدہ پر وجہ اور اسکے اتحاد پر صدغی حید ہوتا ہے۔ بافتوں کو صدغی حفرہ کے فرش کی گہرائی تک الٹ دیا جاتا ہے۔ سطحی اور عمیق صدغی عروق کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ فلسمان اور وندی کے جناح کبیر میں وجہ کے بالائی کنارہ کے لیول پر ایک عرضی ترغانی فتح بنا کر ام جافیہ کو معرا کر لیا جاتا ہے۔ اس کے بعد وسطی سحائی عروق کو جو میدان عملیہ کو عبور کرتے ہیں باندھ دیا جاتا ہے۔ ام جافیہ اور صدغی وندی لختہ کو جو اسکے اوپر واقع ہوتا ہے ہڈی سے اوپر اٹھایا جاتا ہے۔ اس سے پانچویں عصب کی

145



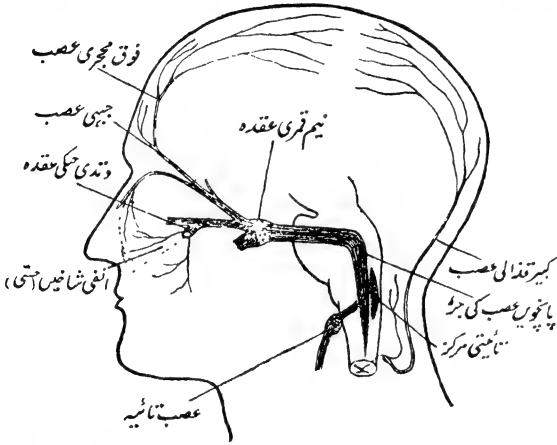
شکل ۳۵۔ اکللی تراش جو گیسری یا نیم قری عقدہ کی گہرائی اور اس کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

قیری اور دوسری قسمیں سوراخ بیضوی اور سوراخ مستدیر میں سے باہر کی طرف کو گذرتی ہوئی دکھائی دینے لگتی ہیں۔ یہ قسمیں اس عقدہ سے نکلتی ہوئی نظر آتی ہیں جو عظم جحری کے راس پر اور کہنکلی جوف کی بیرونی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ حرکی جزوہ کو جو مضمی عضلات کو رسد پہنچاتی ہے اور اس عقدہ کے نیچے واقع ہوتی ہے نہ کاٹنا چاہئے۔ یہ عقدہ ام جافیہ میں مدفون ہوتا ہے اور اسکے ارد گرد زیر عنبکوتی فضا کا ایک تپول پایا جاتا ہے (فضائے میکل: Meckel) جس کا کھون لازمی ہوتا ہے۔ عقدہ کا صرف وہ حصہ دور کیا جاتا ہے جو دوسری اور تیسری قسموں سے تعلق رکھتا ہے۔ جو حصہ مینی قسمت سے متعلق ہوتا ہے وہ چھوڑ دیا جاتا ہے کیونکہ یہ کہنکلی جوف کی بیرونی دیوار میں محکم طور پر مدفون ہوتا ہے اور داخلی سحائی شریان اور محرک العین (oculo-motor) اعضا

کے بہت قریب واقع ہوتا ہے۔ ہیو کمپی تلفیف جس میں شمی مرکز پایا جاتا ہے اس عقدہ کے میں اور واقع ہوتی ہے (شکل ۳۶)۔ جب جانی خلاف کھول دیا جاتا ہے تو دماغی شو کی سیال ہمیشہ نکلتا ہے (کشتنگ: Cushing)۔

146

فراز مفصلی (eminentia articularis) جو جمنہ کے قاعدہ پر واقع ہوتا ہے اس عقدہ کے محل کے لئے ایک کارآمد رہنما کام دیتا ہے۔ جب وسطی حفرہ کھول دیا جاتا ہے اور



شکل ۳۶ پانچویں اور دسویں جمعی اور پہلے اور دوسرے عصب کے حسی نواتات کی قربت کو ظاہر کرتی ہے۔

صدغی لختہ اور پراٹھا لیا جاتا ہے تو یہ عقدہ پم ۲ انچ کی گہرائی پر اسی اکیلی مستوی پر جبر مفصلی فراز واقع ہوتا ہے پایا جاتا ہے۔ مگر یہ اس افراز سے زیادہ بلند لیول پر ہوتا ہے۔

ان مختلف اقسام کے دروبعد کی حقیقت سمجھنے کے لئے جو اس کثرت سے ان رقبہ جات میں پایا جاتا ہے جن کو پانچواں عصب جو عظیم البسامت ہوتا ہے رسد پہنچاتا ہے۔ اوجاع العصب

147

لے اس علیہ کی تشریح کی تفصیل کے لئے دیکھو جیکل ٹریٹمنٹ آف فیشل نیورلجیا (The Surgical Treatment of Facial Neuralgia) مصنفہ جے ایمپسن جونیر لندن ۱۹۵۷ء۔



درد شمر تقید وغیرہ — یہ ضروری ہے کہ ان حسی نوات کے بعض مرکزی تعلقات سے واقفیت حاصل کی جائے جن پر اسکے دراز ریشہ جات منتم ہوتے ہیں۔ یہ مرکز نواح متطیل کنیہ رین حصہ تک پھیلا ہوتا ہے (دیکھو شکل ۳۶)۔ اور شوکی رامادی مادہ کے موخر قرن سے جیسے قذالی اور دوسرے عقی اعصاب کے حسی ریشہ جات منتم ہوتے ہیں مسلسل ہوتا ہے۔ اسکے نزدیک ہی عصب تانیہ (vagus) کا حسی نوات ہوتا ہے۔ تانیہ مرکز کے اختلافات بعض اوقات بیش بہاؤ کی وجہ سے پانچویں عصب کے نواتات کو متاثر کر دیتے ہیں! اس سے درد بالعموم اس عصب کے اس تفرع سے جو ام جافیہ میں پایا جاتا ہے منسوب ہوتا ہے۔ پانچویں عصب کی ہر قسمت سے ام جافیہ کو ایک شاخ جاتی ہے۔

## (ب) حرکی عصبی رس

ساتواں عصب عضلات اظہار، بوقی عضلہ (buccinator)، عضلہ منتشرہ (platysma)، اور دو شنگی (digastric) عضلہ کے موخر شکم کو رسد پہنچاتا ہے۔ پانچویں عصب کی تیسری قسمت میضغی عضلات، چانی لامی عضلات (mylo-hyoid) اور دو شنگی عضلہ کے مقدم شکم کو رسد پہنچاتی ہے۔

## ۲۔ نکفی خط

(THE PAROTID REGION)

**غده نکفیہ (parotid gland)** کا عمیق حصہ نیچے کے جڑے کی فرع (ramus) کے پیچھے ایک معین فضا میں واقع ہوتا ہے (شکل ۲۷)۔ جب سر حالت بسط میں ہوتا ہے یا جب فلک زیرین آگے کی طرف کو بڑھتا ہے جیسا کہ ٹھڈی کو آگے کی طرف کو نکالنے میں ہوتا ہے تو اس فضا کی جسامت بڑھ جاتی ہے۔ موخر الذکر حرکت میں مقدم موخر سمت میں تقریباً ۲ انچ کے برابر افزائش ہو جاتی ہے۔ اور جب سر کو خمیدہ کیا جائے تو یہ کم ہو جاتی ہے۔ جب منہ خوب اچھی طرح سے کھولا جائے تو اس فضا کا نیچے کا حصہ کم ہو جاتا ہے اور جب قذال آگے کی طرف کو پھیلتا ہے تو یہ اوپر کے حصہ میں بڑی ہو جاتی ہے۔ نکفی فضا پر عمل کرتے وقت اور اس کا استقصا کرنے میں ان امور کا خیال رکھنا چاہیے،



زائدہ ابریہ کی مقدم کورا اور داخلی ضیقی (internal pterygoid) عضلہ کے منور کن رو کے درمیان روا میں ایک رنڈہ ہوتا ہے جس سے نکفی فضا بلعوم کے گرد و نواح کی اقسامی بافت سے ربط و راہ رکھتی ہے۔ یہ ایک بہت شہور و معروف امر ہے کہ پس بلعومی خراج میں نکفی ورم بہت عام ہوتا ہے۔ اور کئی ایک مثالوں میں پیپ یا کم سے کم اسکا کچھ حصہ ہی نکفی خط کے راستہ سے نکالا گیا ہے۔ ان حالتوں میں یہ بہت اغلب ہے کہ مادہ بلعومی خط میں سے نکفی خط میں اس رنڈہ کے اندر سے گزر جاتا ہے جو ابھی بیان کیا گیا ہے۔

اس ردائی ترتیب سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ نکفی خراج کے براہ راست باہر کی طرف کو جلد میں سے بڑھنے میں بہت زیادہ مزاحمت پیش آتی ہے۔ یہ خراج اکثر اوپر کی طرف کو اقل مزاحمت کی سمت میں بڑھتا ہوا صدغی یا وجہی حفرات تک پہنچ جاتا ہے، اگرچہ اس رخ میں بھی جاذبہ اس ترقی کو مزاحم آتی ہے۔ یہ اکثر بوقی کہنہ یا بلعوم کی طرف بھی چلا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ردائے مذکور کے زیرین حدود کو بچا کر گردن میں چلا جاتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ غدہ غضروفی منفذ اور جبرائے کی فرع اور دیگر عظمی حصوں سے براہ راست مس کرتا ہے۔ اور صدغی فکی منفصل سے ایک قریبی علاقہ رکھتا ہے۔ چنانچہ نکفی خراج منفذ مذکور میں سنٹورینی (Santorini) کے جمری کی طرح کے شقاق کے راستہ سے جو غضروف میں موجود ہوتا ہے پھٹ چکا ہے۔ یہ اپنی ہم پیلو ہڈیوں کے گرد منظمی التهاب کا باعث بھی ہو چکا ہے، اور نیز اس سے صدغی فکی منفصل کا التهاب بھی پیدا ہو چکا ہے۔ بہت سی حالتوں میں جبکہ متعلق فرکو (Virchow) نے اطلاع دی ہے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ پیپ یا پنچوں عصب کی شاخوں کے ساتھ ساتھ چلکر کھوپری میں داخل ہو جاتی ہے کیونکہ نیم قمری (semilunar) عقدہ کا ماحول پیپے در ریختہ پایا جا چکا ہے۔

اذنی صدغی (auriculo-temporal) اور عظیم اذنی (great auricular) اعصاب غدہ مذکور کو رسد میں پہنچاتے ہیں۔ اور ان اعصاب کی موجودگی اور نیز نکفی غدہ کے سمیت اور کرڈا ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو اس غدہ کے سریع النمو سلعات اور حائل التهاب میں محسوس ہوتا ہے۔ درد اکثر اذنی صدغی (auriculo-temporal) عصب کے ممر کے ساتھ بہت نمایاں طور پر منسوب ہوتا ہے۔ چنانچہ نکفی بالید کے ایک مریض میں جو میرے (فرڈریک ٹریونیر کے) زیر علاج تھا درد صیوان الاذن اور صدغہ کے ان حصوں میں پایا جاتا تھا جنکو اس عصب سے رسد پہنچتی تھی۔ نیز منفذ کی گہرائی میں بھی اس مقام پر درد محسوس ہوتا تھا جو اس عصب کی

منفذی شاخ کے داخل ہونے کی جگہ کا متناظر تھا۔ اور نیچے کے جبرے کے مفصل میں بھی درد پایا جاتا تھا جسکو اذنی صدغی عصب رسد پہنچاتا ہے۔

غده میں جو اہم ترین ساختیں پائی جاتی ہیں وہ خارجی سباتی شریان معدنی دو انتہائی

شاخوں کے اور عصب وجہی ہیں۔ خارجی سباتی شریان (external carotid

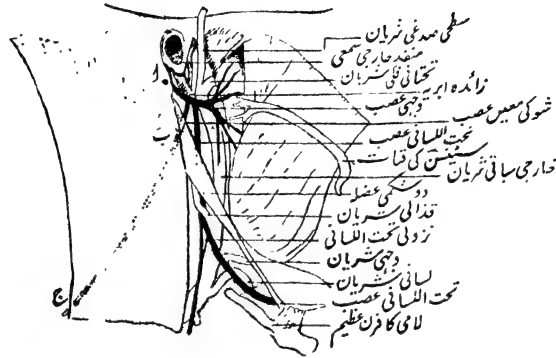
artery) جبرے کی فرع کے پیچھے اسکے موخر کنارے کے تحتانی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام انسلا کی بلندی پر پائی جاتی ہے۔ اسکے بعد یہ کھنٹی غده کی ممیت جانب میں داخل ہو جاتی ہے اور ٹھوڑا پیچھے کی او باہر کی طرف ہٹنے کے بعد سطح کے زیادہ نزدیک آ جاتی ہے۔ اور جبرے کے قنطار کے لیول پر اپنی دو انتہائی شاخوں میں منقسم ہو جاتی ہے۔ اسلئے یہ شریان غده کے تحتانی کنارہ پر داخل نہیں ہوتی اور کھنٹی فضا کے زیر ترین حصہ سے کوئی حقیقی تعلق نہیں رکھتی۔ علاوہ ازیں یہ عروق فرع کی کو کر کے متوازی نہیں ہوتا بلکہ کس قدر ترچھے پن کے ساتھ کھنٹی غده میں سے گزر جاتا ہے۔

کھوپری کے قاعدہ میں سے ابری علی (stylo-mastoid) سوراخ میں سے نکلنے وقت وجہی عصب (facial nerve) علی زائدہ کے مقدم کنارہ کے نقطہ وسطی سے ایک انچ گہرا واقع ہوتا ہے۔ اس نقطہ سے آگے کی طرف کو اگر ایک افقی خط چانے کی صعودی فرع کے موخر کنارہ تک کھینچا جائے تو یہ اس عصب کے اصلی تنے کی نشاندہی کرتا ہے (شکل ۳۸)۔ غده کے اندر جہاں یہ عصب صدغی وجہی (temporo-facial) اور منقبتی وجہی (cervico-facial) قسموں میں تقسیم ہوتا ہے وہاں یہ خارجی سباتی (external carotid) شریان اور صدغی علی (temporo-maxillary) وید سے اوپری پایا جاتا ہے۔ جہاں یہ عصب ابری علی (stylo-mastoid) سوراخ سے نکلتا ہے اسکے قریب ہی وجہی ٹک (facial tic) کو تسکین دینے کے لئے کھینچا بھی جا چکا ہے۔ علی زائدہ کے مقدم کنارہ کے وسط سے پہلے انچ آگے کے مقام پر یہ نہایت آسانی سے لمبا ہے۔ یہ دو شکمی عضلہ کے موخر شکم کے اوپر پایا جاتا ہے جو زخم کی گہرائی میں اس تک پہنچنے کے لئے رہنما کام دیتا ہے۔

151

عصب وجہی کے کھٹنے سے بوقیہ (buccinator) اور عضلات اظہار مشغول ہو جاتے ہیں اور چہرہ صمیم و سالم جانب کو کھینچ جاتا ہے اور آنکھ کھلی ہی رہتی ہے۔ علاوہ ازیں اس میں پند در آدریشے بھی ہوتے ہیں جو گہرے دباؤ کے لئے حساس ہوتے ہیں۔ شلل کی حالتوں میں چہرہ کی

حرکت پذیری کو از سر نو قائم کرنے کے لئے سر جنوں نے متعدد مثالوں میں وجہی تنے کو کسی قریب جو اسکے عصب کے تنے سے ٹانگ دیا ہے۔ جو اعصاب فنجب کئے جاتے ہیں وہ شوکی معین (spinal accessory) اور تحت اللسانی (hypoglossal) ہیں (شکل ۳۸)۔ ایک حالت میں تو عضلات اہلار اسوقت فعل کرتے ہیں، جب عضلہ منخرہ (trapezius) اور قصبی علمی عضلہ (sterno-mastoid) کو استعمال کیا جاتا ہے۔ اور دوسری حالت میں یہ اسوقت فعل کرتے ہیں جب زبان کو حرکت دیا جاتی ہے۔



شکل ۳۸۔ وجہی، شوکی معین اور تحت اللسانی اعصاب کی سطحی ترسیمیں۔

۱۔ سطحی زائدہ کے کنارہ مقدم کا نقطہ وسطی۔ جب۔ وہ نقطہ قصبی علمی عضلہ کے مقدم کنارہ پر زائدہ ملیہ سے اچھے نیچے واقع ہے۔ ج۔ قصبی علمی عضلہ کے موڑکن۔ وہ کا نقطہ وسطی۔ جب کے اوپر پلس کا مستعرض زاویہ ظاہر کیا گیا ہے۔

152

کچھ عرصہ کے بعد مریض ان حرکات کو جو اس طرح نامناسب طور پر نکلنا ہو جاتے ہیں علمہ علمہ عمل میں لا سکتا ہے۔ وجہی عصب سے اسکے مقام خروج پر موخر اذینی (posterior auricular) شاخ ٹھکر کان کے عضلات کو چلی جاتی ہے اور شانچے ٹھکر دو ٹھکر عضلہ کے موخر ٹھکر اور ابری علمی (stylo-hyoid) عضلہ کو پہنچ جاتے ہیں۔

تکفیه کے سلعات میں غضرونی بافت کے موجود ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔

یہ ایک معروف و مشہور امر ہے کہ کن پیچٹ (mumps) کے بعد اتقائی خراجات خصیتین میں کافی عام طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس سلسلے میں یہ ایک اہم امر ہے کہ خصیتین ہڈی کے علاوہ جسم کے ان

چند حصوں میں سے ہیں جنکی نوبالیدوں کے اجزائے ترکیب میں مغرونی مادہ اکثر شامل ہوتا ہے۔  
تکفنیہ کا التهاب شکم اور حوض کے تقریرات اور امراض کے بعد خاص طور پر کثرت  
پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ بعض نوعی پتھوں کے بعد بھی اور زیادہ تحصیل کے ساتھ تپ محرقہ  
کے بعد بطور عاقبہ کے بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ یہ خاص کر اس وقت نمودار ہوتا ہے جبکہ  
مریض کو دودھ کی سی نرم غذا دیا جا رہی ہو اور اسکا منہ صاف نہ رکھا گیا ہو۔ سرائٹ منہ سے  
منتشر ہوتی ہے اور یہ ثابت کیا جاسکتا ہے کہ یہ پہلے زیادہ تر گرد قناتی ہوتی ہے۔

بہت سے لمفی غدود تکفنیہ کی سطح پر اور اسکے جسم میں واقع ہوتے ہیں۔

اور یہ چاندلی کے وجہی اور جداری خطوں، مجھ، انفی حفرہ جات کے موخر حصہ، اوپر کے جڑ  
اور لہجوں کے پھیلے اور ادیر کے حصہ سے لف وصول کرتے ہیں۔ ان غدود کے کلانی یافتہ ہونے  
ایک قسم کا "تکفنی سلہ" بنتا ہے۔

تکفنی سٹینسن کی (Stenson's) قنات (شکل ۲۸) تقریباً ۲ ۱/۲ انچ لمبی

ہوتی ہے اور اسکا قطر ۱/۸ انچ ہوتا ہے۔ اسکا دھنہ اسکا تنگ ترین حصہ ہوتا ہے۔ عضلہ مضغیہ  
(masseter) کے مقدم کنارہ پر یہ قنات دفعۃً اندر کی طرف مڑ کر عضلہ بوقیہ (buccinator)  
کو مشتب کر دیتی ہے اور یہ خم آنا اچانک پیدا ہوتا ہے کہ قنات کا بوقی قطعہ بعض اوقات مضغی  
قطعہ پر تقریباً زاویہ قائمہ پر واقع ہوتا ہے۔ جب منہ کی طرف سے قنات میں سلائی گزار دی جائے تو  
اس خم کا خیال رکھنا چاہئے۔ یہ قنات اوپر کی دوسری دائرہ کے لیول پر ایک حلیمہ کی چوٹی پر پگھلتی ہے  
عضلہ مضغیہ میں سے قنات کا ہر ایک خط سے مل کر کیا جاتا ہے جو سنجہ (concha) کے یزین حاشیہ سے  
اس نقطہ تک کھینچا جائے جو جناح الانف اور لب کے سرخ حاشیہ کے درمیان عین وسط پر واقع  
ہوتا ہے۔ یہ وجہ کے نیچے ایک انگلی کے عرض کے فاصلہ پر واقع ہوتی ہے اور متعرضہ (transverse)  
(facial) شریان اسکے اوپر اور عصب وجہی کی زیر مجرہ شاخیں اسکے نیچے ہوتی ہیں۔ یہ قنات جلد  
کے نیچے مشق بھی ہو جاتی ہے اور ریتی و عابد ر ہو جاتا ہے۔ اس قنات کے زخموں سے ریتی ناسور  
کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ قنات کے بوقی حصہ کا کم از کم نصف حصہ عضلہ بوقی کے جسم میں  
مدفون ہوتا ہے۔ جب ریتی ناسور عضلہ بوقیہ (buccinator) پر واقع ہو تو یہ بعض اوقات

فدہ کفیدہ کو یا اسکے اس حصہ کو جزا مدہ کفیدہ (socia parotidis) کے نام سے موسوم ہے متاثر کرتا ہے۔ التهابی حالتیں منہ سے قنات کے ساتھ ساتھ منتشر ہو کر کفیدہ تک پہنچ سکتی ہیں۔

## ۳۔ اوپر اور نیچے کے جبرے اور

## ان کے متعلقہ حصے

**فک (Maxilla)۔** (فکی جوف کے لئے دیکھو صفحہ 129 اور حکم الصلب کے لئے دیکھو صفحہ 179) اس ہڈی میں اسکے چوک پن اور اسکے عجیب طرح کو کھلا ہونے کی وجہ سے بہت آسانی سے کسر واقع ہو جاتا ہے۔ چونکہ یہ ہڈی کثیر العروق ہوتی ہے اسلئے شدید تضمرات جنین بہت ساجرم ضائع ہو چکا ہو اکثر حیرت انگیز طریقہ سے مندل ہو جاتے ہیں۔ اسکے کو کھل پن اور ان کہفہ جات کی وجہ سے جنگی حدود بندی میں یہ مدد دیتا ہے چہرہ کے عمیق حصہ میں غلیظ البسامت اجمام غریبہ کا استباس ممکن ہو جاتا ہے۔ اس ہڈی میں بعض اوقات وسیع تنخر واقع ہو جاتا ہے، جیسا کہ یہ دیا سلائی کے کارخانوں میں کام کرنے والوں میں دیکھا جاتا ہے جو سفید فاسفورس کے دھان کے معرض اثر میں ہتے ہیں۔ تنخر کی ایک حالت میں جو خسرو کے بعد نمودار ہوئی یہ شکایت پیش کئی (premaxillary) یا قفنیی (incisive) ہڈی تک ہی محدود تھی۔

**فک (maxilla) کے گرد عظمہ کارجمان گرد حجمہ کی طرح نئی ہڈی کی تشکیل کی طرف نہیں ہوتا۔** اوپر کے جبرے کے تنخر کی معمولی حالتوں میں ہڈی میں تجدید پیدائش نہیں پائی جاتی۔ اور رضنہ مستقل طور پر باقی رہ جاتا ہے۔ چنانچہ گرد عظمہ جدید ہڈی با فراط پیدا کر دیتا ہے۔ اور بعض اوقات بڑے بڑے (وسیع) نقصانات پورے ہو جاتے ہیں۔ مگر یہ امر قابل ذکر ہے کہ چند سال گزر سنے پر اس نئی ہڈی کے ایک بہت وسیع حد تک بار دیگر منعذب ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

**استیصال فک (excision of the maxilla)۔** یہ ہڈی محل سلعہ ہونے کی وجہ سے یا بعض دیگر حالتوں کے تحت اکثر تباہ دور کیجا چکی ہے۔ عملیہ میں جو عظمی تعلقات کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں:۔ (دیکھو شکل ۲۷ صفحہ 117 اور شکل ۳۳ صفحہ 140)۔ (۱) وہ تعلق جو مجھ

کے باہر کی طرف عظم عارضی (malar bone) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۲) انفی (جہی: frontal) زائده کا تعلق جو جہی، انفی اور ذمی ہڈیوں کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ (۳) مجھری صفحہ کے دو تعلق جو مصفاقی اور حنک (palate) کے ساتھ پائے جاتے ہیں (مجھری صفحہ اکثر باقی چھوڑ دیا جاتا ہے یا مجھری حاشیہ کے نزدیک سے کاٹ دیا جاتا ہے)۔ (۴) مقابل کی ہڈی اور حنک کے ساتھ جو تعلق منہ کی چھت میں پایا جاتا ہے۔ اور (۵) پیچھے کی طرف کا وہ تعلق جو عظم الحنک کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور وہ یعنی چسپیدگیاں جو جناحی زائدوں کے ساتھ پائی جاتی ہیں۔ قبل الذکر چار حالتوں میں ہڈی کی علیحدگی کسی کاٹنے والے اوزار سے عمل میں لائی جاتی ہے اور موخر الذکر حالتوں میں اسے صرف موڑ کر ہی علیحدہ کر لیا جاتا ہے۔

نرم حصے جو کاٹے جاتے ہیں۔ انکا ذکر تین عنوانات کے تحت کیا جاسکتا ہے۔ وہ حصے (۱) جو پہلے آشکاف میں کٹ جاتے ہیں (۲) جو دامن الٹاتے وقت کٹتے ہیں اور (۳) جو ہڈی کو علیحدہ کرتے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

(۱) مروجہ یا وسطی (median) آشکاف سے جو نیچے کیپوٹے کے متوازی شروع کیا جاتا ہے اور ناک کی جانب پر سے جناح الانف کے گرد سے لاکر اور کے لب کے وسط تک دیا جاتا ہے مندرجہ ذیل حصے اوپر سے نیچے کی طرف بالترتیب کٹتے ہیں:۔ جلد، سطحی رداء، عضلہ محیطہ عینہ (orbicularis oculi)، زیر مجھری (infraorbital) عصب اور شریان کی جنفی شاخیں، رافع شفہۃ الاعلیٰ (levator labii superioris) کا کچھ حصہ زاویہ (angular) شریان اور وید، زیر مجھری (infraorbital) عصب کی انفی شاخیں، ضاعطۃ المنخر (compressor naris) (عضلہ الانف)، ناک کے فاسل اور جناحین کا غاضض، انفی غضروف کی ہڈی سے چسپیدگی، عضلہ محیطہ انفریم (orbicularis oris)، فوقانی اکیلی (superior coronony) شریان اور وید اور لب کی غشائے مخاطی۔ وجہی عصب کی بہت سی شاخیں بھی جو عضلات کو جاتی ہیں کٹ جاتی ہیں۔ (۲) دامن کے الٹانے میں مذکور بالا عضلات کی تقطیع کی جائے گی اور اگر جہی زائده سالم ہو کر لیا جائے تو داخلی جنفی رباط (internal palpebral ligament) بھی ساتھ ہی ہوگا۔ نیز رافع زاویہ (levator anguli oris) اور عضلہ بوقیہ (buccinator) عضلہ مضغیہ (masseter) کے چند ریشوں اور موربات تنہانیہ کی، جو مجھری صفحہ پر ہوتے ہیں، بھی تقطیع ہوگی۔ زیر مجھری عصب اور شریان اپنے سوراخ میں سے نکلتے ہوئے کاٹے جائیں گے اور اس دامن کے اندر وجہی (facial)



شریان اور ورید کے تنے استعرض وہی شریان، اور وہی عصب کا وہی حصہ بھی ہو گئے۔ (۳) جبئی نائڈ کو ملحدہ کرنے میں دمی تاجہ (lacrymal sac) اور زیر بکری (infratrochlear) عصب کو نقصان پہنچ جائے گا۔ اور انفی دمی قناتہ اور انفی عصب کی خارجی شاخ کٹ جائے گی۔ نیچے سے ہڈی ملحدہ کرتے وقت حنک العصب کی پوششوں اور حنک اللین کی چسپیدگی کو جو اس کے ساتھ ہوتی ہے کاٹ دیا جاتا ہے بشرطیکہ اس زائده کے دور کر دینے سے احتراز نہ کیا جاسکتا ہو۔ حنک العصب کی نرم پوشش کو تقطیع سے علمدہ کرنے اور اس کو محفوظ رکھنے کی ہر ایک کوشش بے سود ہوتی ہے۔ نیچے کی طرف زیر مجری عصب کا تنہا بار دیگر کاٹ دیا جاتا ہے (اسوقت یہ وتدی حنکی عقدہ کے سامنے سے کاٹا جاتا ہے) اور ساتھ ہی موضعی (posterior dental) اور زیر محجری (infraorbital) شریانیں اور وتدی حنکی (sphenopalatine) شریان کی بعض شاخیں بھی کاٹ دیجاتی ہیں۔ عینی وہی ورید جو جینی صغیر سے آتی ہے غالباً کٹ جائے گی۔ اور آخر میں حنک (palate) کے نزدیک سے کبیر حنکی عصب (large palatine nerve) اور نزولی حنکی شریان (descending palatine artery) بھی کاٹ دیجاتی ہے۔

اس امر کا خیال رہے کہ اس عمل میں کوئی بڑی شریان نہ کٹنے پائے۔ عظم مفتولی تفرانی (inferior turbinated bone) (فکلی مفتولی maxillo-turbinal) بھی فک کے ساتھ ہی لازمی طور پر چلی آتی ہے۔

**چانہ (mandible)** یہ ہڈی گھوڑے کے نعل کی شکل رکھنے کی وجہ سے جس سے اس میں کمافی کے بعض خواص پیدا ہو گئے ہیں اور اپنی ساخت کی بسگی اور بہت سی حرکت پذیری کے باعث اور نیز حاملہ کی طرح درون مفصل غسرو فات کے موجود ہونے کی وجہ سے جو اسکے چسپیدہ سروں کی حفاظت کرتے ہیں ایک بڑی حد تک کسر سے محفوظ رہتی ہے۔ یہ ہڈی بالعموم بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہے اور کسر اسکے کسی حصہ میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ارتفاق (symphysis) بہت ٹوٹا ہونے کی وجہ سے شاذ و نادر ہی ٹوٹتا ہے فرع (ramus) اپنی طرفوں کے عضلی گدیوں سے ملفوف ہونے کی وجہ سے محفوظ رہتی ہے۔ اکلیل نما (coronoid) زائده ضرب پہنچنے کے خطرہ سے اور بھی زیادہ محفوظ ہے کیونکہ یہ گہرائی پر واقع ہوتا ہے اور وجہ (zygoma) سے اسکی حفاظت ہوتی ہے۔ ہڈی کا کمزور ترین حصہ سامنے کی طرف واقع ہوتا ہے جہاں اسکی قوت ذقنی سوراخ کے موجود ہونے اور کچیلوں کے لئے وقب (sockets) موجود ہونے کی وجہ سے کم ہو جاتی ہے۔ لہذا کسر اس حصے

قریب سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ ہڈی بلا واسطہ ضرب سے ارتفاق کے نزدیک ہے یا اسکے اوپر سے بھی ٹوٹ جاتی ہے اور ایسا کسی ایسی ضرب سے یا ہڈی کے اس طرح بھینچ جانے سے ہوتا ہے جس سے فریمن کا رجحان ایک دوسرے کے نزدیک تر ہو جانے کی طرف ہو چکا ہو۔ جبکہ مفصلی خط پر ضرب لگنے سے خط وسطی پر ٹوٹ چکا ہے۔

اس ہڈی کے کسور میں غیر وضعیت کی مقدار بہت مختلف ہوتی ہے! ورتوت کی نوعیت اور سمت کا اسپر بہت اثر ہوتا ہے۔ محل طور پر کہا جاسکتا ہے کہ جب اس ہڈی کا جسم ٹوٹ جاتا ہے تو اسکا مقدم قطعہ جبرے کے خافضات (دشکمی عضل (digastric) پچا نیلا (mylo-hyoid) ذقنیہ للیب (genio-hyoid) اور ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) کے محل سے پیچھے اور نیچے کی طرف کھینچ جاتا ہے اور پچھلا قطعہ جبرے کے رافعات (مضغیہ (masseter) عضل جنغیہ داخلہ (internal pterygoid) اور صدغیہ (temporal) کی وجہ سے اوپر کی طرف کھینچا جاتا ہے جس کے تحت عمالی گرد و عظمہ سے چاند کا جو فیزی حصہ پوشیدہ ہوتا ہے وہ عام طور پر پھٹ جاتا ہے۔ اور اس طرح کسور سطحیں ان عفونتی حالتوں کے معرض اثر میں آجاتی ہیں جو منہ میں موجود ہوتی ہیں۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ چانیہ لاسیہ (mylo-hyoid) دونوں قطعات سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس سے غیر وضعیت میں ترمیم ہو جائے گی۔ فرع کے کسور میں شاذ و نادر ہی زیادہ غیر وضعیت پائی جاتی ہے۔ کیونکہ عضلی بافت دونوں قطعوں سے تقریباً مساوی طور پر ہی چسپیدہ ہوتی ہے۔

اس ہڈی کے جسم کے کسور میں سستی (dental) عصب نضر سے اکثر شجرت انگیز طور پر بچک جاتا ہے اور اسکی توجہ یہ فرض کر لینے سے کی جاتی ہے کہ ہڈیوں میں اتنی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی جس سے یہ عصب پھٹ سکے۔ مگر حادثہ کے ہفتوں بعد ایسا ہوا ہے کہ یہ عصب نامی دشبند (callus) سے استقدر مضبوط ہو گیا ہے کہ اس کا فعل زائل ہو گیا ہے۔ ایک یا دونوں قندال نما زائدے (condyloid processes) ٹھڈی کے بل کرنے یا اس پر چوٹ کھانے سے اکثر ٹوٹ چکے ہیں۔

چانوی (mandibular) (صدغی فکی: temporo-maxillary)

مفصل کو ایک کیسہ سہارا دیتا ہے جسکی دباوت مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ کیسہ کا سب سے زیادہ موٹا حصہ خارجی حصہ ہوتا ہے (صدغی چانوی: temporo-mandibular) یا جانی lateral: باط) اور اسکے بعد موٹائی میں اندرونی حصہ ہوتا ہے اور کیسہ کے مقدم اور موخر حصے

باریک ہوتے ہیں اور مقدم حصہ خاص کر بہت باریک ہوتا ہے۔ چنانچہ جب اس مفصل میں تھیم واقع ہو جاتا ہے تو اس جوڑ کی خارجی جانب سے پیپ کے بہ نکلنے کا سب سے کم امکان ہوتا ہے۔ اور کیہ کے مقدم حصہ سے اسکے خارج ہونے کا احتمال سب سے زیادہ ہوتا ہے، اگرچہ یہ حصہ بہت بڑی حد تک خارجی جنبی (external pterygoid) عضلہ کی چسپیدگیوں سے بھی محفوظ ہوتا ہے۔

جرے کے قندال کے عین پیچھے عظمیٰ منفند ہوتا ہے اور اس سے ذرا اندر کی جانب اذن وسطیٰ ہوتا ہے۔ جرے کے سامنے کی جانب پر سخت ضربات لگنے سے ان ساختوں کو بعض اوقات ضرر پہنچ جاتا ہے۔ یہ معلوم کرنا دلچسپی سے خالی نہ ہوگا کہ اس مفصل کے مضبوط ترین رباط (خارجی جانبی) کا رخ نیچے اور پیچھے کی جانب کو ہوتا ہے تاکہ یہ قندال کی ہر اس حرکت کو جو اس ہڈی کی نازک دیوار کی طرف ہو جو منفند اور لمبل کو محدود کرتی ہے فوراً مزاحمت پیش کرے۔ اگر یہ رباط نہ ہوتا تو ٹھنڈی کی ضرب اس حالت کی نسبت زیادہ خطرناک حادثہ ہوتی۔

اس مفصل کے حرکات عجیب ہیں۔ منہ کھولنے پر یہ مشاہدہ میں آئے گا کہ قندال مفصلی فراز پر آگے اور نیچے کی طرف کو حرکت کرتا ہے اور جرے کا زاویہ پیچھے کی اور اوپر کی سمت میں حرکت کرتا ہے۔ تحتانی سنی سوراخ (inferior dental foramen) سے اگر ایک مستعرض خط کھینچا جائے تو یہ اس حرکت کا تقریباً محور ہوگا۔ چنانچہ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ تحتانی سنی (inferior dental) (جو فیری: alveolar) اصحاب چانہ میں اقل حرکت کے مقام پر داخل ہوتے ہیں۔ خارجی جنبی (external pterygoid) عضلات قندال کو مفصل فراز پر سے کھینچ کر منہ کے کھولنے میں سب سے زیادہ حصہ لیتے ہیں۔ ساتھ ہی ٹھنڈی چانی لانی (mylo-hyoid) اور دو شکمی (digastric) عضلات کے انقباض سے منقبض ہو جاتی ہے۔

**خلع (dislocation)۔** اس مفصل میں آگے کی طرف کو خلع آسانی سے واقع ہو سکتا ہے۔

یہ بعض اوقات یک جانبی ہوتا ہے اور بعض اوقات دو جانبی۔ موثر الذکر زیادہ عام ہے۔ اور یہ صرف اس حالت ہی میں واقع ہوتا ہے۔ جبکہ منہ اتفاق سے وسیع طور پر کھلا ہو۔ یہ خلع حقیقت میں تقریباً ہمیشہ تشنجی عضلی فعل سے پیدا ہوتا ہے جبکہ منہ کھلا ہو اگرچہ چند واقعات میں یہ بلا واسطہ ضرب مثلاً منہ اچھی طرح سے کھلا ہونے کی حالت میں نیچے کے سامنے کے دانتوں پر نیچے کی سمت میں ضرب لگنے سے بھی پیدا ہوا ہے۔ یہ ہنسنے، جھٹلنے اور بہت زور سے قے آنے کے دوران میں بھی

واقع ہو چکا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں یہ حادثہ اسوقت بھی ہوا ہے جبکہ دندان ساز منہ کا سبیکہ لے رہا تھا۔ منہ کو وسیع طور پر کھولنے کی حالت میں قنڈال سے بین مفصل یعنی غضروف کے آگے کی طرف کو پھسل جاتے ہیں۔ یہ یعنی غضروف مفصل فراز (eminentia articularis) کی مقدم کو تک پھیلا ہوتا ہے جس پر اسکو وصول کرنے کے لئے غضروف کا ستر چڑھا ہوتا ہے۔ قنڈال اس فراز کی چوٹی تک کبھی نہیں پہنچتا۔ کیسے کہ تمام حصے سوائے مقدم حصہ کے تنیدہ ہو جاتے ہیں۔ اکیلیل زائد بہت متغضض ہو جاتا ہے۔ اب اگر خارجی جنبی (external pterygoid) عضلہ (وہ عضلہ جو اس خلع کا زیادہ تر ذمہ دار ہوتا ہے) زور سے متغضض ہو جائے تو قنڈال جلدی سے فراز مذکور کے اوپر سے کھینچ کر وجہی حفز (zygomatic fossa) میں پہنچ جاتا ہے اور دروں مفصلی غضروف پیچھے رہ جاتا ہے۔ جدید عمل پر پہنچنے کے ساتھ ہی یہ صدغی (temporal) داخلی جنبی (internal pterygoid) اور مضغی (masseter) عضلات سے اوپر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے اور وہاں کم و بیش مثبت ہو جاتا ہے۔

### چانہ کا خلع جزوی (subluxation of the mandible) - یہ نام

جبرے کے خفیف سے اور بالکل غیر مکمل خلع کو دیا گیا ہے جو نازک مستورات میں قلیل الوقوع نہیں۔ یہ درون مفصلی غضروف کی غیر وضعیت سے پیدا ہوتا ہے۔ اسکا علاج اس غضروف کے استیصال یا اسکو دوخت کے ذریعہ سے مفصل کی ارد گرد کی یعنی ساختوں سے ٹانگ دینے سے کیا جاتا ہے (این ڈیل

Annandale:

### چانہ کا استیصال (excision of the mandible) - نیچے کے جبرے

کے معتد بہ حصول کا استیصال منہ میں سے بغیر خارجی زخم کے کیا جاسکتا ہے۔

اس جبرے کے ایک سالم نصف کا استیصال کرنے کے لئے ایک ٹنگاف انتصابی سمت میں نیچے کے لب میں سے گزرتا ہوا ٹھنڈی کے سہ سے تک دیا جاتا ہے۔ اور پھر اسکو پیچھے کی طرف کو جبرے کے تحتانی کنارہ کے ساتھ کھینچ کر فرع کے موخر کنارہ پر سے انتصابی رخ میں اوپر کو لاکر کان کی لو کے قریب ختم کر دیا جاتا ہے۔ جو نرم حصے کاٹے جاتے ہیں انکو تین عنوانات میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) وہ جو پہلے ٹنگاف سے تعلق رکھتے ہیں۔ (۲) وہ جو ہڈی کی بیرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔ (۳) وہ جو ہڈی کی اندرونی سطح کے صاف کرنے سے تعلق رکھتے ہیں۔

۱۔ (ا) مقدم انتصابی تشکاف میں :- جلد وغیرہ، عضلہ محیطہ الفم (orbicularis oris)، تنحنا فی الکلیلی (inferior coronary) اور تحتانی لبی (inferior labial) عروق تحت ذقنی (submental) شریان کی شاخیں۔ رافعتہ الذقن (levator menti)، ذقنی (mental) عروق اور عصب، مقدم و داجی (anterior jugular) ورید کی بعض چھوٹی چھوٹی شاخیں۔ (ب) افقی تشکاف میں :- جلد وغیرہ، عضلہ منتشرہ (platysma)، سطحی عنقی (superficial cervical) عصب (عنقی جلدی عصب: nervus cutaneous colli) کی شاخیں، عصب وجہی کے فوق چانوی حصہ کی شاخیں، وجہی شریان اور مضغیہ (masseter) کے کنارہ پر اور عصب وجہی کی تحتانی چانوی (inframandibular) شاخ (یہ لازمی طور پر کاٹی نہیں جاتی)۔ (ج) موخر انتصابی تشکاف ہڈی تک نہیں پہنچتا اور یہ صرف غدہ مکفہ کی سطح اور عضلہ مضغیہ کے موخر کنارہ کے کچھ حصہ کو معر کرتا ہے۔

(۲) بیرونی سطح کو صاف کرنے میں مندرجہ ذیل حصص کو بذریعہ قلعہ پیچھے کوالا دیا جاتا ہے۔ رافعتہ الذقن (levator menti) اور دو عضلات خافض عضلہ بوقیہ (buccinator) عضلہ مضغیہ (masseter) [غدہ مکفہ کا کچھ حصہ اس پر تعرض واقع ہوتا ہے اور مستعرض وجہی (transverse facial) عروق، عصب وجہی اور سٹینسن (Stenson) کی قنات اس پر سے گزرتے ہیں] مضغیتی (masseteric) عروق اور عصب عضلہ غدیہ (temporal muscle)۔ (۳) اندرونی سطح کو صاف کرنے میں :- دو شکمی (digastric) عضلہ ذقنیہ لامیہ

(genio-hyoid)، ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اور چانیہ لامیہ (mylo-hyoid) فوقانی مضیق (superior constrictor) کے چند ریشہ جات، داخلی جنبی (internal pterygoid) عضلہ، تحتانی سنی (inferior dental) (جو فیزی: alveolar) شریان اور عصب، چانی لامی (mylo-hyoid) عروق اور عصب، داخلی جانبی (internal lateral) رباط، عضلہ صدغیہ کا بقیہ منہ، غشاء مخاطی۔

وہ حصص جن کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے :- عصب وجہی بشرطیکہ موخر انتصابی تشکاف کو بہت اوپر لے جائیں۔ داخلی فکی (internal maxillary) شریان صدغی فکی (temporo-maxillary) ورید ازینی صدغی (auriculo-temporal) (یہ وہ ساختیں ہیں جو جبرٹ کے قندال سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہیں) خارجی سباتی (external

(carotid) شریان، عصب لسانی، تحت چانوی (submandibular) اور تحت اللسانی (sublingual) غد۔ ایسا ہونیکا ہے کہ زیر گرد عظمیٰ استیصال کے بعد تمام کی تمام ہڈی دوبارہ پیدا ہو گئی ہے۔

**بد شکلیاں (deformities)** نیچے کا جبر اکبھی بالکل غائب ہوتا ہے اور کبھی اسکے ابعاد بہت قصیر ہوتے ہیں اور کبھی اسکا تکون غیر مکمل ہوتا ہے۔ یہ حالتیں خلقی ہوتی ہیں اور انکا انحصار چانوی یا پہلی حشری محراب کے جس سے یہ جبر بنتا ہے ناقص نمو پر ہوتا ہے۔ انکے ساتھ اکثر خیشومی نالوں (branchial fistulae) مستزاد کان کبرالشم (macrostoma) اور اسی طرح کے دوسرے نشو و نما پائے جاتے ہیں۔

## جبروں کے اعصاب۔ اوپر کے دانتوں کو پانچویں عصب کی دوسری قسمت

رسد پہنچاتی ہے، اور نیچے کے دانتوں کو اسکی تیسری قسمت۔ سنی اعصاب کے خراش اور ضررات سے فعل معکوس کے بہت سے تعجب نیز مظاہر پیدا ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ ایسی حالتوں کے متعلق اطلاع دیما پیکل ہے جنہیں سول العین (strabismus) عارضی کوری اور کج گردنی (wry-neck) بوسیدہ دانتوں کی خراش سے پیدا ہوئے ہیں۔ ہلٹن (Hilton) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکو نچے کے جبرے کے ایک بوسیدہ دانت کی وجہ سے (جسکو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے رسد پہنچتی تھی) بہت تکلیف تھی۔ اس میں اس خط پر جسکو افونی صدغی (auriculo-temporal) عصب رسد پہنچاتا ہے (یہ بھی تیسری قسمت کی شاخ ہے) سفید بالوں کا ایک قطعہ نمودار ہو گیا تھا۔ نیچے کی قیسی دائرہ کی جڑیں سنی (dental) (چانوی: mandibular) قنال کے بہت قریب واقع ہوتی ہیں۔ لہذا اگر یہ دانت بے احتیاطی سے نکالا جائے تو عصب کے دریدہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ بھی دیکھنے میں آیا ہے کہ یہ جڑیں عصب مذکور کو گھیرے ہوئے بھی ہوتی ہیں۔

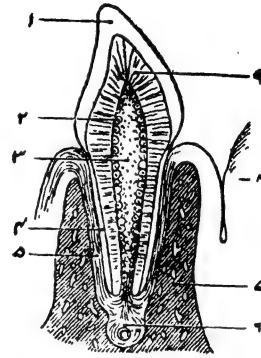
دانتوں کی بوسیدگی میں اکثر چہرہ اور گردن کی ایک جانب پر بیش حصیت کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ سنی بوسیدگی سے پیدا شدہ درد کے بعض قتبہ جات جلد کی طرف معکوس ہونے کی توجہ کی تلاش مرکزی عصبی فواتات کے قریب ایستلاف میں کرنا چاہئے جن میں جلدی اور سنی اعصاب جاکر ختم ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۴۷ صفحہ ۱۴۸)۔ گرد سنی غشا کے مرض سے درد ہائے بعید پیدا نہیں ہوتے (ہیڈ: Head)۔



## جوفیزی خراج (alveolar abscess) دانت کے سرخ کے قریب بنتا ہے۔

جن دانتوں کا ایک سرخ ہوتا ہے انہیں پیپ سرخ کے میزاب کے ساتھ نکل آتی ہے۔ دوسرے دانتوں میں اسکار جنان جوفیزہ کو منتقل کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اگر سرخ کا سر اس مقام کے اندر ہے جہاں غشائے مخاطی مسوڑے پر سے رخسار پر منعکس ہوتی ہے تو خراج منہ میں پھٹ جائے گا۔ لیکن اگر سرخ کا

سر اس انعکاس کے باہر ہے یا اگر پیپ خط انعکاس کے ورا تر سکتی ہے تو یہ بعض اوقات رخسار میں نکل آتی ہے۔ بالائی ثنایا یا انیاب کا جوفیزی خراج رخسار سے کبھی نہیں پھٹتا۔ جب اس کا تعلق اوپر کی دائروں سے ہو تو یہ بعض اوقات ایسا کرتا ہے۔ جو خراج اوپر کی پہلی دائرہ یا دوسرے مقدم ضاحکہ کی جڑوں پر بنتا ہے وہ اکثر فکی جوف میں پھٹ جاتا ہے۔ ثنایا، انیاب، اور پہلے مقدم ضاحکہ کی جڑیں اس جوف سے زیادہ دور واقع ہوتی ہیں۔ لہذا جو خراجات ان سے تعلق رکھتے ہیں وہ شاذ و نادر ہی جوف میں پھٹتے ہیں۔ اور جب خراج کا تعلق نیچے کے کسی دانت سے ہوتا ہے تو یہ بعض اوقات رخسار کی جلد میں سے نمودار ہوتا ہے۔



نشل ۳۹۔ ایک ثنئیہ کی تصویر۔

- (۱) مینا۔ (۲) ناہض اسن۔ (۳) مغز۔  
(۴) جلیبہ جرمیہ۔ (۵) گردنی فشا۔ (۶) سنی  
قنال۔ (۷) ہڈی۔ (۸) لب۔ (۹) ڈینٹین۔

اوپر کی عقل دائرہ اوپر کے جڑے کے منور کنارہ

میں اور نیچے کی عقل دائرہ فرع صعودی کی اندرونی جانب میں نمودار ہوتی ہے بعض اوقات یہ دائرہ اپنے محل پر ظاہر ہونے میں ناکام رہتی ہیں یا گہرائی میں ہی مدفون رہتی ہیں۔ انکی وجہ سے کبھی کبھی عمیق اور لوشیدہ خراجات پیدا ہو جاتے ہیں جنکا منہ اکثر گردن میں ان کے مبداء سے کچھ فاصلہ پر بنتا ہے۔

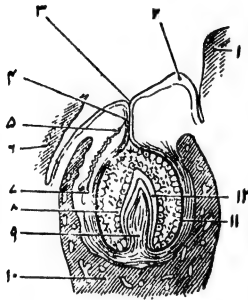
## دانت کی ساخت۔ دانت مندرجہ ذیل حصوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ (۱) ڈینٹین

(dentine) جسکے اوپر (ج) مینا (enamel) ٹوپی کی طرح چڑھا ہوتا ہے۔ اور مینا کے اندر ایک مرکزی کہنہ مغز ہوتا ہے۔ جسکے اندر (ج) مغز (pulp) ہوتا ہے۔ جھڑ (root) یا دانت



مدفون حصہ کے ارد گرد ایک غلطی تہ ہوتی ہے جو جلیبہ حجریہ (crusta petrosa) کے نام سے موسوم ہے۔ اور یہ ایک وتب میں ایک گرد سنی غشا (periodontal membrane) کے ذریعہ سے مثبت ہوتی ہے۔

**نمو۔** مینا (enamel) فم الاصلی (stomodæum) کے بزناہض (epiblast) کی ایک دروں بالید سے لیار ہوتا ہے۔ اور ڈینٹین (dentine) میاں ناہضی سنی حلیمہ کی سطح کے اوپر خاص خلیات (سنی ناہضات: odontoblasts) کی فعالیت سے نمودیاتی ہے جن پر شاخدار زائڈے ہوتے ہیں جو ڈینٹین (dentine) کے انیہیات میں سے تشع ہوتے ہیں۔ مغز (pulp) سنی حلیمہ کا بقیہ حصہ ہوتا ہے۔ اور شاخدار خلیات سے مرکب ہوتا ہے اور اس میں دانت کا عصب اور اسکی شریان اور ورید ہوتی ہے۔ دوران نمون جنینی دانت ایک سنی ناچس (dental sac) میں ہوتا ہے جو فیزہ میں مدفون ہوتا ہے (شکل ۲۰)۔



شکل ۲۰۔ ثنیہ کا نمو جنینی زندگی کے چھٹے مہینے میں۔  
 ۱۔ زیر لب ۲۔ مسوڑا ۳۔ میزاب ۴۔ سنی خلیفہ کا  
 خطہ ۵۔ برلی دوس بالیگلا ۶۔ زبان ۷۔ مستقل دانت کا  
 بنیٹیلہ ۸۔ مینا ناہض (ameloblast)  
 ۹۔ حلیمہ ۱۰۔ چاند کی تراش ۱۱۔ سنی ناچس۔  
 ۱۲۔ دودھ کے دانت کا مینا۔

ہوتا ہے جو نامی دودھ کے دانت کی لسانی طرف واقع ہوتی ہیں۔ یہاں ایک بزناہضی دروں بالیدگی پیدا ہو جاتی ہے جس سے آئندہ مستقل دانت کا مینا بنتا ہے۔

مستقل داڑھیں سنی شلیف (dental shelf) کے عقبی طول سے پیدا ہوتی ہیں پہلی داڑھ دانتوں میں سے پہلا مستقل دانت ہوتی ہے۔ اسکو تقریباً چھٹے سال تکل آنا چاہئے۔

**سنی سلعات (odontomes)** سات یا آٹھ قسم کے ناقص سنی نمو سے نتیجہ

پیدا ہو سکتے ہیں۔ مگر آدمی میں صرف تین قسم عام طور پر پائی جاتی ہیں۔ اور وہ یہ ہیں (۱) بحر ابی سنی سلعو (follicular odontome) یا حال آہن دوسرہ (dentigerous cyst)

جو سنی تاجہ (dental sac) کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں سنی تاج کا باقی موجود ہوتا ہے جیسا کہ شعاع نگاری سے ظاہر ہوتا ہے (۲) سر صلی سنی سلعہ (epithelial odontome) یا جبرٹے کا تیفی دویری مرض (fibro-cystic disease of the jaw) جس میں بڑا ہی عنصر کا منو غلط طریقہ پر ہوتا ہے جس سے کثیر دویری سلعہ بن جاتا ہے۔ اور (۳) سنی دویرہ (dental cyst) یہ ایک ناشپاتی نماتا ہے جو کسی سنی سنخ سے چسپیدہ ہوتا ہے جس میں راسی بوسیدگی کے امارات بالعموم موجود ہوتے ہیں۔ موصوف الذکر قسم عمومی طور پر ایک التهابی حامل خیال کی جاتی تھی، مگر اب اسے اکثر سر صلی سنی سلعہ کی ایک قسم تصور کیا جاتا ہے (جے۔ جی۔ ٹرنر: J. G. Turner) کیونکہ نیجیاتی نقطہ نگاہ سے اس کا اسٹریسٹ قامت مکعبی خلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ جراحی اور عظیم امت سر صلی سنی سلعات چانہ پر نہایت کثرت سے اثر انداز ہوتے ہیں۔ سنی دویرہ اوپر کے جبرٹے میں کثرت سے واقع ہوتا ہے اور دانت نکالتے وقت اسکی جڑ سے چپکا ہوا بعض اوقات سالم باہر نکل آتا ہے۔

# ہمیشہ

## منہ۔ زبان۔ حنک اور بلعوم

### منہ

**لب۔** جن بڑی بڑی ساختوں سے لب مرکب ہوتے ہیں انہیں آپس میں باہر کی طرف سے لیکر اندر کی طرف کو مندرجہ ذیل تعلقات پائے جاتے ہیں۔ (۱) جلد۔ (۲) سطحی ردا۔ (۳) عضلہ محیطیہ الفم (orbicularis oris)۔ (۴) شفوی (labial) (اکلیل: coronary) عروق۔ (۵) مخاطی غدد اور (۶) غشائے مخاطی۔

لب کا آزاد کنارہ بہت حساس ہوتا ہے اور بہت سے انتہائی بصلمات والے اعصاب یہاں آکر ختم ہوتے ہیں جو لمبی جسامت (tactile corpuscles) کے مشابہ ہوتے ہیں۔ بالائی لب کے پانچویں عصب کی دوسری قسمت حس پہنچاتی ہے اور زیرین لب کو تیسری قسمت۔ ان شفوی اعصاب کے اوپر اکثر منہ کی ایک فصل نمودار ہو جاتی ہے (منہ شفوی: herpes labialis)۔

لبوں میں بہت سی انقباضی بافت موجود ہوتی ہے اور کو فنگی یا التهاب یا تہج سے انہیں معتد بہ ورم پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ بہت حرکت پذیر ہوتے ہیں اور ایک معتد بہ فاصلہ تک ہر قسم کی عظمی چسپیدگی سے بالکل آزاد ہوتے ہیں۔ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ لبوں کے تباہ کن التهاب اور جرم کے ایسے نقصانات سے جو شدید استراقات میں پائے جاتے ہیں منہ کا بہت سا انقباض

اور بدشکل پیدا ہو جائے گی۔ مزید برآں منہ کے قرب و جوار میں منقبض ہونے والے ندبات سے لبوں کے کھینچنے کا احتمال ہوتا ہے جس سے یہ بات باہر کی طرف مڑ جاتے ہیں اور یا اسی قسم کی دوسری بدشکلیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ ایک خوش قسمتی ہے کہ منہ کے ارد گرد کی بافتوں کا ڈھیلا پن اور اس حصہ کی عمومی عروقیّت سے بہت سے ترقیعی علیوں میں جو ان بدشکلیوں کو رفع کرنے کے لئے کئے جاتے ہیں کامیاباً حاصل کرنے میں مدد ملتی ہے۔

کثیر العروق ہونے کی وجہ سے لب اکثر شامات (naevi) اور دیگر عرقی سلعات کا محل ہوئے ہیں شفوی ثریا میں کثیر الجسامت ہوتی ہیں اور ان کا بخضان لب کی جگہ بھرنے سے بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عروق عضلہ محیطہ الفم (orbicularis oris) کے نیچے سے گزرتے ہیں۔ اور اسلئے یہ جلد کی نسبت غنائے مخاطی سے زیادہ نزدیک ہوتے ہیں۔ جب لب کی اندرونی سطح کسی ضرب کی وجہ سے دانت کے مقابل سے کٹ جائے ہے تو ان ثریاؤں کے زخمی ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ چونکہ یہ زخم نظر سے پوشیدہ ہوتے ہیں اسلئے ان سے پیدا شدہ زخف کی وجہ سے بعض اوقات تشخیص میں غلطی پیدا ہو گئی ہے۔ چنانچہ ایریخسن (Erichsen) ایک مخمور آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جو ایک ایسے ہی زخم کا موصوفہ تھا اور جس نے وہ خون جو ایک شفوی ثریا سے بہتا تھا نکل کر خون کی فٹے کی تھی۔ اسکے متعلق کچھ عرصہ کے لئے یہ فرض کر لیا گیا تھا کہ کسی اندرونی ضرر کا مریض ہے۔ چونکہ شفوی ثریاؤں میں نقضات بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں اسلئے جب کبھی شفوی ثریا ن کٹ جائے تو اس کے دونوں سروں کو باندھنا بالعموم ضروری ہوتا ہے۔

**مخاطی غدود** جو زیر مخاطی ساخت میں پائے جاتے ہیں عظیم الجسامتہ اور کثیر العدد ہوتے ہیں۔ ان غدود کی قناتوں کے بند ہو کر متدد ہو جانے سے دودھیا نیلگوں مخاطی دویرے (mucous cyst) پیدا ہو جاتے ہیں جو لبوں پر بہت کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

**لب زیرین کی تمقعی میلیت** اہمیت رکھتی ہے کیونکہ اسکے شکنکر (chancre) کا ایک امتیازی خاصہ یہ ہے کہ زیر ذقنی غدود قبہ نما شکل میں کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں چنانچہ اس چہرہ کا خاکہ عجیب طور پر متغیر ہو جاتا ہے اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ دو ٹھڈیاں ہیں۔ مزید برآں نیچے کے لب پر سطحی سلحہ بھی عام طور پر واقع ہوتا ہے، اگرچہ اُس زمانہ کی نسبت یہ شائد اب قلیل الوقوع ہے جبکہ کھر درنی نلی والے مٹی کے چھوٹے چھوٹے پائپ زیادہ استعمال کئے جاتے تھے۔ اس کتاب کے ایک سابقہ اڈیشن میں ٹریویز (Treves) نے یہ بیان کیا تھا کہ ”سرطانی سلوجم کے کسی دوسرے

حصہ کی نسبت نیچے کے لب میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ گراب یہ بیان صحیح ثابت نہیں ہوتا جبکہ زبان اور مری کا سرطلی سلعہ زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے یہ نیچے کے لب کے عروق لف ٹھڈی اور نیچے کے جڑے کی فرع پر سے گزر کر زیر زقنی (submental) اور زیر چانوی (submandibular) غدوں میں چلے جاتے ہیں۔ موضح الذکر میں سے بہت سے زیر فکی (submaxillary) ریشی غدوں میں مدفون ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۵ صفحہ ۲۲۸)۔

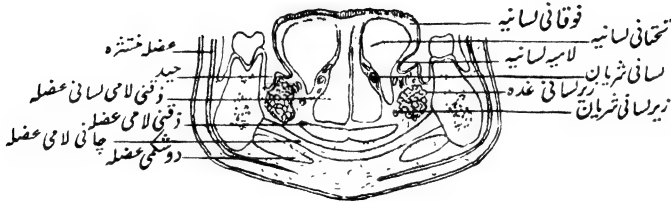
وی ۷ کی شکل کے شنگاف کو جوب کے سرطلی سلعہ اور اسکے لمفی میدان کو علحدہ کر نیچے لئے بہت متروج ہے ترک کر دینا چاہئے۔ کیونکہ اس سے ان لمفی عروق کے شامل کرنے میں ناکامی ہوتی ہے جو زیر فکی غدہ کی طرف جاتے ہیں اور جنہیں سے بعض تو زیر زقنی خط میں سے گزرتے بھی نہیں۔ شنگاف کے اطراف مستحق ہونے کی بجائے منفرج ہونے چاہئیں، گو اس طریقہ سے بعد میں کمنا روں کے نزدیک لانے میں دقت پیش آتی ہے جسکی وجہ سے سرجن کو ٹھڈی کے دھکنے کے لئے ترقیعی ترکیبوں سے کام لینا پڑتا ہے۔ مزید برآں اگر سرطلی سلعہ کینج دھن کے نزدیک یا اسکے اوپر واقع ہو تو شنگاف میں اوپر کے لب کے کچھ حصہ اور رخسار کی ہم پہلو بافتوں کو شامل لکھنا چاہئے تاکہ ان عروق لف کو جو سرطانی خلیات کے حامل ہیں کاٹنے اور اس طرح مرض کے بار و گبر نقب ہونے کا خطرہ نہ رہے۔ اس جگہ بھی مبرا کہ دوسرے مقامات پر کیا جاتا ہے ابتدائی بائدا اور اس کی لمفی سیلیت کے تمام میدان کو ضرور ایک سالمہ تودہ کی شکل میں کاٹ کر علحدہ کر دینا چاہئے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ زیر فکی ریشی غدہ کا بھی ایک یا دونوں طرف پر ایشار کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ دونوں غدوں کا دور کر دینا دانشمندی ہے کیونکہ بعض اوقات عروق لف زیر زقنی خط کو عبور کرتے ہیں۔ ”خوگوشی لب“ (hare-lip) نیچے کے لب میں درز دار حنک (cleft palate) کے موضوع میں پایا جاتا ہے۔

**خدی کہفہ** (buccal cavity)۔ منہ کے اندر کا امتحان کرتے وقت مندرجہ

ذیل امور کا مشاہدہ کیا جاسکتا ہے۔ منہ کے فرش پر قید اللسان (frenum linguae) کی ہر ایک طرف تحت اللسانی حلیہ جات (sublingual papillae) و ہارٹن (Wharton) کی قنات کے قنات کے ساتھ دیکھے جاسکتے ہیں۔ بارتھولن (Bartholin) کی قنات (جو تحت اللسانی غدہ کی قناتوں میں سے ایک ہے) زیر چانوی (و ہارٹن کی Wharton's قنات کے

آخری حصہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور یہ یا تو اسی کے ساتھ مل کر کھلتی ہے اور یا اسکے بہت نزدیک کھلتی ہے۔ یہ قنات خاص طور پر تند دنا پذیر ہوتی ہے۔ اور اس سے اس شدید درد کے محسوس ہونے کی جو انکے کسی حصہ سے مسدود ہو جانے پر پیدا ہوتا ہے کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔ اس قنات اور لسانی عصب (lingual nerve) کا قرب بھی بعض حالتوں میں درد کا باعث ہوتا ہے۔ زیر چانوی غدہ غشائے مخاطی کے نیچے سے جڑے کے زاویہ کے ذرا سامنے شناخت کیا جاسکتا ہے، خاص کر جبکہ اسکو باہر سے اوپر کی طرف کو دیا جائے۔ منہ کے فرش پر جو فیروزہ اور زبان کے

168



شکل ۴۱۔ زبان اور چاند میں سے گزرتی ہوئی تراش، زیر لسانی غدہ اور لسانی شریان کو ظاہر کر نیچے لئے۔

(پوائیر Poirier کے مطابق)

مقدمہ حصہ کے درمیان غشائے مخاطی کا ایک بخوبی نمایاں حید ہوتا ہے، جس کا نام زیر لسانی ثنیہ (plica sublingualis) ہے جو زیر لسانی علیحدہ طرف کو جو قید اللسان کے قریب واقع ہوتا ہے آگے کی طرف اور اندر کی طرف کو ترچھے رخ میں جاتا ہے۔ یہ زیر لسانی غدہ کے محل (شکل ۴۱) اور نیز اپنے تمام طول میں زیر چانوی قنات کے مرا اور لسانی عصب کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ راسخیت معہ زیر لسانی شریان کے غشائے مخاطی کے نیچے اس غدہ اور زبان کی ایک جانب کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ زیر لسانی غدہ کی قناتیں جو دس سے لیکر بیس تک ہوتی ہیں غشائے مخاطی کے مذکورہ بالا حید کے ساتھ ساتھ منہ میں کھلتی ہیں۔

ضمغہ (ranula) جو مخاطی مشمولات سے پُر ایک نیگیوں رویری ملہ ہوتا ہے

زیر لسانی غدہ کے محل پر قید اللسان کی ایک طرف دیکھنے میں آتا ہے۔ اسکی اصل مشتبہ ہے اور اسے مخاطی غدہ یا زیر لسانی غدہ یا بلینڈن (Blandin) اور نوہن (Nuhn) کے راسی لسانی غدہ کی قنات کے اسناد سے مختلف طور پر منسوب کیا جاتا ہے۔ اور گلوستن (Galveston) کا باشندہ تھا مسن (Thomson) اس امر کا ثبوت پیش کرتا ہے کہ منفدعہ (ranula) بعض اوقات عنقی یا تحت الفکی دو بروں کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔ اور اس حالت میں یہ عنقی جوف (cervical sinus) کے جو نوپانے والی گردن میں دیکھنے میں آتا ہے ایک حصہ کا غیر مسدود باقی ہوتا ہے جو اپنے مناسب محل سے علحدہ ہو کر بارہویں عصب کے تفرع کے عضلات کے زبان میں منتقل ہو چکے دوران میں آگے کی طرف کو چلا آتا ہے۔

جہاں منہ کے فرش کی غشائے مخاطی مسوڑوں پر منعکس ہونے کے لئے آگے بڑھتی ہے وہاں یہ جڑے کے اوپر کے کنارے کے پاس ہی اس سے چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۴۱)۔ یہاں بھی بعض مخاطی غدہ واقع ہوتے ہیں جنہیں بعض اوقات دویرے پیدا ہو جاتے ہیں۔ عضلہ ذوقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اسکی نیچے کے کنارے کے نزدیک چسپیدہ ہوتا ہے۔ ان دونوں ساختوں (غشائے مخاطی اور عضلہ) کے درمیان ٹلو (Tillaux) کے قول کے مطابق ایک چھوٹی سی فضا ہوتی ہے جس کا استر فلسفانی سرحد کا ہوتا ہے۔ اس کہفہ کو زیر لسانی درجہ (sublingual bursa) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ مرکز پر یہ قید اللسان کی وجہ سے مضیق ہوتا ہے۔ اور اس کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ ”حاد منفدعہ“ (acute ranula) میں فساد کا مقام یہی ہوتا ہے۔ اس کی موجودگی کی توجیہ منفدعہ (ranula) کے تھا مسن (Thomson) کے مذکورہ بالا نظریہ سے کی جاسکتی ہے۔

جب منہ وسیع طور پر کھولا جائے تو جنبی چانوی (pterygo-mandibular) رباط غشائے مخاطی کے نیچے آسانی سے نظر آسکتا ہے اور محسوس بھی کیا جاسکتا ہے۔ یہ سب سے پھیلی دائرہ کے پیچھے سے ترچھے رخ میں نیچے کی طرف کو جاتا ہوا ایک نمایاں شکن کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ جہاں یہ رباط چانے سے چسپیدہ ہوتا ہے اس سے ذرا نیچے اور سامنے کی طرف لسانی عصب جو ہڈی کے نزدیک اخیر کی دائرہ کے عین نیچے واقع ہوتا ہے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی سے ملا ہوتا ہے کاٹا بھی جاسکتا ہے اور پچکاری کی سوئی سے بھی اس تک رسائی کیجا جاسکتی ہے۔ یہ عصب اس مقام پر جہاں یہ ہڈی کے ساتھ ملا ہوتا ہے پچکاری دائرہ کو بھونڈے

طریقہ سے نکالنے میں چھٹے کے مصلے سے کھلا جا چکا ہے۔

نیچے کے جبرے کا اکلیل نما زائیدہ (coronoid process) منہ میں سے آسانی سے نکالا جاسکتا ہے اور اس ہڈی کے مفلوح ہونے پر یہ خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے۔

آخری دائرہ اور چاند کی فرج کے درمیان بعض اوقات ایک اچھی خاصی فضا موجود ہوتی ہے جسے راستہ سے فلک بستگی یا جبرے کی جباہ (ankylosis) کے دوران میں مریض کو غذا

دیجا سکتی ہے۔ **خلقی ادیمیہ نما اور درقی دویرے (congenital dermoid and thyroid cysts)**

بعض اوقات منہ کے فرش میں اور نیچے کے جبرے کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ایسے دویروں کے متعلق یہ فرض کیا جاتا ہے کہ یہ پہلی حشوی (visceral) یا پس چاندی (postmandibular) درز کے ناقص طور پر بند ہونے سے رونما ہوتے ہیں یا یہ وسطانی درقی بالید کی کسی ضال کی سے پیدا ہوتے ہیں۔

**مسموٹے بسترہ محکم اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔** دانت نکالنے پر جو خون نکلتا ہے وہ زیادہ تر انہیں سے خارج ہوتا ہے۔ مسمویت سیلاب میں مسوڑے خاص طور پر متاثر ہو جاتے ہیں اور نیز سقر لوط (scurvy) میں بھی یہ ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سیسہ کی مزمن مسمویت میں اچھے ماشیوں پر اکثر ایک نیلی لکیر ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ لیڈ سلفائیڈ (lead sulphide) کے مسوڑوں کی بافتوں میں فراہم ہو جانے سے مندرجہ ذیل طریقہ سے پیدا ہوتی ہے۔ دانتوں پر جو فوائیل غذا جمع ہو جاتے ہیں انکی تحلیل سے ہائیڈروجن سلفائیڈ (hydrogen sulphide) پیدا ہوتا ہے اور یہ اس سیسہ پر جو خون میں دورہ کر رہا ہے عمل کرنے سے اس مطروح کو پیدا کر دیتا ہے۔ لہذا یہ کہا جاتا ہے کہ یہ نیلی لکیر ان اشخاص میں نہیں ہوتی جو دانت صاف رکھتے ہیں۔ بسمتھ (bismuth) کی مسمویت میں بھی بعض اوقات اسی قسم کی لکیر پائی جاتی ہے۔

## زبان

زبان کی برید پر قید اللسان (frenum) سے ۱/۲ انچ سے کم فاصلہ پر فٹائے مغالی کے



نیچے صفحہ عمی ورید (ranine vein) (رفیق تحت اللسانی: comitans hypoglossi) کا سرا دیکھا جاسکتا ہے۔ غشاء مخاطی کے دو مرتفع اور شکن دار خط بھی اس عضو کی پیرین سطح پر دیکھے جاسکتے ہیں جو زبان کی نوک کی طرف مستحق ہوتے جاتے ہیں۔ یہ صفحہ عمی (ranine) شریان (عمیق لسانی . deep lingual) کے محل کوٹا ہر کرتے ہیں، جو ورید کی نسبت جسکے یہ قریب ہی واقع ہوتی ہے زیادہ گہری ہوتی ہے۔ زبان کی مستعرض تراش میں صفحہ عمی شریان (ranine artery) نیچے کی سطح سے ۳ تا ۴ ملی میٹر کے فاصلہ پر زبان کے اسی نصف کی مستعرض تراش کے وسطی اور اندرونی مثلثوں کے مقام اتصال پر پائی جاتی ہے۔ اس امر کا علم زبان کے کسی حصہ کو دروں دہنی طرف سے لسانی شریان کو باندھنے کے بغیر علیحدہ کرتے وقت مفید ثابت ہوتا ہے۔

171

زبان کے تخلقی نقائص نہایت ہی نادر الوقوع ہیں۔ بعض اوقات اسکی نوک میں ایک بے قاعدہ درز موجود ہوتی ہے اور یا اسپرندی سعدانے موجود ہوتے ہیں جو شاید ان غد سے پیدا ہوتے ہیں جو زبان کی نوک کے نیچے لمبی طور پر موجود ہوتے ہیں۔

شاذ شاذ حالتوں میں قید اللسان غیر لمبی طور پر چھوٹا ہوتا ہے۔ اور عقدۃ اللسان (tongue-tie) پیدا ہو جاتا ہے جو حقیقت میں بہت قلیل الوقوع عارضہ ہے۔ عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) جو زبان کا خاص عضلہ ہے اور عضلہ ذقنیہ لامیہ (genio-hyoid) ارتفاق کے ذقنی (genial) (منثل : mental) درز جات سے نکلتے ہیں۔ زبان ان چسپید گیوں کی وجہ سے جو ارتفاق کے ساتھ ہوتی ہیں پیچھے کی طرف گرنے سے رکی رہتی ہے۔ اگر ان چسپید گیوں کو کاٹ دیا جائے تو زبان الٹائی اور گھلی بھی جاسکتی ہے۔ مکمل عدم حیثیت میں جیسی کہ کلوروفارم سے پیدا ہوتی ہے جب زبان کی تمام عضلی چسپید گیاں ڈھیلی پڑ جاتی ہیں تو اسکے پیچھے کی طرف کو گر جائے، اور لمبی (epiglottis) کو دبا دینے کا احتمال ہوتا ہے جس سے دم گھٹ جاتا ہے۔

زبان محکم ہوتی ہے اور اسکی بانٹ گھنی ہوتی ہے۔ مگر پھر بھی اسمیل اتصالی بانٹ کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے جسکی وجہ سے یہ ملتبہ ہونے پر بہت متورم ہو جاتی ہے۔ سطحی سرحد دبیز ہوتا ہے اور اس عضو کے مزمن سطحی التهاب میں یہ اکثر مجتمع ہو جاتا ہے اور گھنی غیر شفاف تہوں کی شکل اختیار کر لیتا ہے مثلاً غصبتہ اللسان (ichthyosis linguae) ابریشما (leucoplakia) بیاضہ (leucoma) وغیرہ۔ ان مخاطی غد سے جو خاص طور پر غشاء مخاطی کے نیچے زبان کے قاعدہ کے نزدیک واقع ہوتے ہیں، مخاطی دویرے پیدا ہو جاتے ہیں جو بعض اوقات اس حصہ میں دیکھنے میں

آتے ہیں۔

زبان بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اور اسلئے اس میں اکثر شاخیں بالیدیں پیدا ہو جاتی ہیں اسکی

زیادہ تر رسد **لسانی شریان** (lingual artery) سے آتی ہے۔ یہ عرق اس عضو تک اسکی

زیریں سطح سے پہنچتا ہے۔ اور شریان سباتی (carotid) سے عظم لامی (hyoid) کے لیول پر نکلتا ہے اور وسطی مضیق (middle constrictor) کو دو شکلی عضلہ (digastric) کے نیچے سے عبور کر کے

عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) کے نیچے اور عضلہ ذقنیہ لسانیہ (genio-hyo-glossus) کے اوپر پہنچ جاتا ہے۔ اس مقام پر تحت اللسانی (hypoglossal) عصب اس سے اوپر واقع ہوتا

ہے۔ اور اس سے عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus) کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے۔ اگر اس مقام پر شریان مذکور کو باندھنا مقصود ہو تو یہ عصب ایک مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ مگر چونکہ ٹھہری لسانی

(dorsalis lingual) شاخ بعض اوقات اس مقام سے اور آگے جا کر نکلتی ہے اس لئے اس

172

شریان کو یہاں باندھنے سے زبان کے موخر حصہ کے جریان خون کو بند کرنے میں ناکامی ہو سکتا ہے

ہوتا ہے۔ لہذا اس عرق کو اس مقام کے قریب جہاں یہ شریان سباتی (carotid) سے نکلتا ہے باندھنا زیادہ قرین مغل ہے۔ لسانی شریان سباتی (carotid) سے علیحدہ مقام پر نکلنے کے

علاوہ گاہے گاہے فوقانی درقی (superior thyroid) یا وجہی (facial) شریان کے ساتھ بھی نکلتی ہے۔ بعض اوقات یہ تینوں شریانیں ایک مشترک تنے سے نکلتی ہیں۔ چونکہ فوقانی درقی (superior

thyroid) شریان کو بلا ضرورت باندھنا مقصود نہیں ہوتا اسلئے جراح کو اس شریان کی ابتدا کو بھی معوا کر لینا چاہئے تاکہ اسے اس امر کا یقین ہو جائے کہ وہ صرف لسانی شریان کو ہی سد و در کر رہا ہے۔

**زبان میں عصبی رسد** کثرت سے موجود ہوتی ہے اور عام احساسات اور ذائقہ کے

احساسات دونوں تیز ہوتے ہیں۔ ویبر (Weber) کے مطابق لمسی حس پذیری جسم کے کسی اور حصہ کی نسبت زبان کی ٹوک پر زیادہ تیز ہوتی ہے۔ اس عضو کے موخر ثلث سے دونوں قسم کے معمولی اور ذائقہ کے ریشے لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب میں جاتے ہیں۔ اور مقدم دوہلی کو لمسی ریشوں کی رسد عصب لسانی سے ملتی ہے اور ذائقہ کی رسد جلیلی (chorda tympani) سے حاصل ہوتی ہے جو عصب لسانی میں مخلوط ہوتا جو نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد ذائقہ

غیر متاثر رہتا ہے کیونکہ جو ریشے اس حصہ کو سرانجام دیتے ہیں وہ عصب لسانی میں جمل لمبی (chorda tympani) کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ مومنوالڈ کے عصب میں سے کچھ حسی ریشے جات بھی ضرور جاتے ہیں کیونکہ نیم قمری عقدہ کے استیصال کے بعد بھی زبان کے مقدم دو تہائی حصوں میں کبھی در حصہ پذیر ہی باقی رہ جاتی ہے اگرچہ درود کی حصہ پذیر ہی مکمل طور پر غائب ہو جاتی ہے۔ جس رقبہ کو عصب لسانی سے رسد پہنچتی ہے اسکے درونیز حواریں میں مریض کو منفذ گوش کے خطہ کے عمیق حصوں میں اکثر شدید درد محسوس ہونے سے تکلیف ہوتی ہے اور جلد کا ایک رقبہ کان سے بیکر۔ جڑے کے نیچے کنارے کے ساتھ بعض اوقات الیم ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔ زبان کا مقدم دو تہائی حصہ چانوی محو (mandibular arch) سے مشتق ہوتا ہے اور منفذ کی مقدم حد بھی اسی سے طیار ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ زبان کے مقدم حصہ کی عصبی رسد کا جو پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے آتی ہے درود محو اسکے جلدی اختتام میں ہوتا ہے۔ زبان کا موضوع دو تہائی حصہ دوسری (لامی: hyoid) اور تیسری حثوی محرابوں سے مشتق ہوتا ہے اور اسکا تعلق حنجرہ کے اوپر کی جلد کے الیم رقبہ جات سے ہوتا ہے (ہیڈ: Head)۔

173

مضغی عضلات کا شنجی انقباض بعض اوقات درونیز لسانی قروح کے ساتھ پایا جاتا ہے جبکہ یہ عصب ذوقی کے خطہ میں پائے جائیں۔ قذالی خطہ کے خراج اور زبان کے نصف حصہ کی لاغری میں بظاہر کوئی تعلق نہیں پایا جاتا مگر سر جیمز پیجٹ (Sir James Paget) نے مندرجہ ذیل واقعہ کی اطلاع دی ہے:-

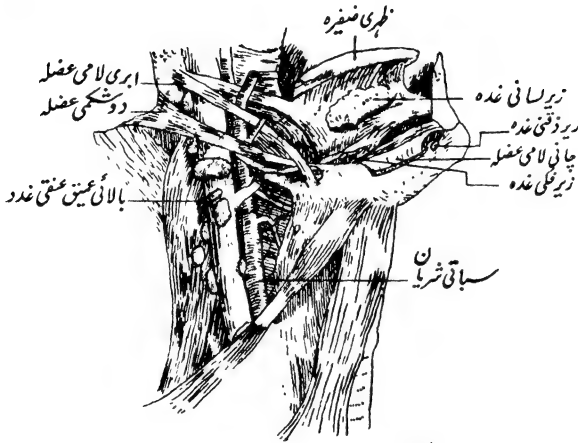
”ایک آدمی کے سر کے پچھلے حصہ پر چوٹ آگئی جو بظاہر شدید نہیں تھی۔ کچھ عرصہ کے بعد زبان کا دایاں نصف لاغر ہونا شروع ہو گیا اور لاغری ترقی کرتی گئی حتیٰ کہ یہ غیر متغیر جانب کے نصف سے بھی کم رہ گیا۔ اس کے بعد قذال پر ایک خراج بن گیا جس میں سے عظم قذالی نے برین حصہ کے کلونے نکالے گئے۔ مردہ لہڑی کے دور کرنے کے بعد زبان نے اپنی پہلی حالت پر آنا شروع کر دیا اور ایک ہینہ میں اسکی حالت تقریباً طبی ہو گئی۔“

یہاں ذیل لسانی عضلات کی لاغری سے پیدا ہوا تھا جو زیر لسانی (hypoglossal) عصب پر جو عظم قذالی کے مقدم قذالی سوراخ سے نکلتا ہے دباؤ پڑنے سے واقع ہوئی تھی۔ اس واقعہ سے چھوٹے چھوٹے سوراخوں کے اور ان سے جو ساختیں گزرتی ہیں ان کے بھی یاد رکھنے کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے۔

زبان میں بہت سی لمفی بافت موجود ہوتی ہے اور اس کا مغذیہ حصہ (لسانی لوزہ lingual tonsil) اس عضو کے موخر حصہ پر غشاء مخاطی کے نیچے مجتمع ہوتا ہے۔ اس بافت کی

بیش پرورش سے بعض اوقات حساس کبھی میں خراش پیدا ہونے کی وجہ سے تکلیف دہ علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ لسانی اور بلعومی غدہ آسا بافت اور حقیقی لوزتین سے حلقوم کی خاکن مے کے ارد گرد لمفی بافت کا ایک مکمل حلقہ بن جاتا ہے۔

## لسانی عروق لمف (شکل ۳۲) عظیم الجسامۃ اور کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اور



شکل ۳۲۔ زبان کے عروق لمف۔

(پوائے ریئر: Poirier کے مطابق۔)

سرطانی سدادات کے منتشر ہونے کے لئے ایک کھلے مجری کا کام دیتے ہیں۔ یہ دونوں نظامت میں مرتب ہوتے ہیں۔ (۱) سطحی جن سے زبان کی پشت اور اسکے جوانب پر زیر مخاطی بافت میں ایک تہا ہی کثیر العروق ضغیرہ بنتا ہے۔ (۲) عمیق جو زبان کے عضلی نظام میں ایک جال کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں۔ ان دونوں نظامت میں آزاد راہ و ربط موجود ہوتا ہے۔ چھٹیل (Cheatle) نے یہ دریافت کیا ہے کہ زبان کے سرطان کی حالتوں میں ذقنی لسانی عضلہ (genio-glossus) ثانوی مطروح کا ایک عام محل ہوتا ہے! اور اس نے یہ ثابت کیا کہ خبیث خلیات زبان کے قاعدہ کی سمت میں بہت نیچے تک پائے جاتے ہیں! اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ سرطان کا استیصال زبان کی سطح پر اور اس کی گہری بافتوں میں ایک عرضی حاشیہ کے ساتھ ضرور کرنا چاہئے۔

ان دونوں نظامات سے لطف برآر عروق کے مندرجہ ذیل گروہوں کے ذریعہ

سے جاتا ہے: (۱) حاشیائی یا جانبی عروق جو زبان کی جانب سے زیر مخاطی صغیرہ سے باہر جاتے ہیں۔ انہیں سے کچھ غد کے زیر چانوی گروہ میں اور بقیہ بالائی عمیق عنقی گروہ میں جاتے ہیں، (۲) مرکز کی عروق جو دو ذقنی لسانی (genio-glossus) عضلات کے درمیان بنتے ہیں اور بالائی عمیق عنقی غد میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں، (۳) راسی عروق جو زیر ذقنی غد اور بالائی عمیق عنقی غد میں ختم ہوتے ہیں، (۴) قاعدی عروق جو زبان کے موخر ثلث میں سے آتے ہیں بالائی عمیق عنقی گروہ میں ختم ہوتے ہیں۔ بڑے بڑے عروق لطف سرطانی غلیات کے حملہ سے مسدود ہو جاتے ہیں اسلئے لطف کو ثانوی گزرگاہیں اور پیمیر کے راستے تلاش کرنے پڑتے ہیں اور یہ بھی کچھ عرصہ کے بعد بند ہو جاتے ہیں۔ اس طرح سرطانی حملہ وسیع رقبہ اور بہت سی سمتوں میں پھیل جاتا ہے جو لسانی غد زیر چانوی غد کے اوپر واقع ہیں اور نیز جو اس میں مدفون ہوتے ہیں وہ بھی اور اس غد اور زیر لسانی غد کی لطف آسا بافت ثانوی مطروح کا محل نجاتی ہے۔ مزید برآں زیر ذقنی غد بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

اُس حیرت انگیز خلقی عارضہ میں جو کبر اللسان (macroglossia) کے نام سے موسوم ہے زبان بہت کلانی یافتہ ہو جاتی ہے اور بعض حالتوں میں یہ بہت ہی عظیم الابعاد ہوتی ہے۔ اسکی کلانی کی اصلی وجہ اس کے لسانی جاری کی بہت ہی تنوع حالت ہے۔ [اسی لئے فرکو (Virchow) نے کہنی لسانی وعائی سلحہ (lymphangioma cavernosum) کا نام تجویز کیا تھا] اور نیز تمام زبان میں لسانی بافت کا افزودہ نمود ہوتا ہے۔ جو حصہ نمایاں ترین طور پر متاثر ہوتا ہے وہ زبان کا قاعدہ ہے جہاں عروق لطف بالعموم سب سے زیادہ ہوتے ہیں۔ چند حالتوں میں کبر اللسان (macroglossia) زیادہ تر عضلی ہوتا ہے۔ اور بعض میں دموی مائی (haemangioma) بھی اسکا باعث ہوتا ہے۔

زبان کے قریب کے معین غد و۔۔۔ وہ معین غد جو جسم درقی سے تعلق

لہ عروق لطف کے مفصل بیان کے لئے دیکھو پوائے ریر (Poirier) کی کتاب "لینیکس" (Lymphatics) متر سیل لیف (Cecil Leaf) سلسلہ۔

رکھتے ہیں اکثر عظم لامی (hyoid bone) کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ان میں یہ زبان کے قاعدی حصہ میں سوراخ اعور (foramen cæcum) کے پاس بھی موجود ہوتے ہیں (سینکس: Makins)۔ بعض کبھی کبھی عضلہ چانیہ لامیہ (mylo-hyoid muscle) سے اوپری ہوتے ہیں اور بعض عظم لامی کے عین اوپر ہوتے ہیں اور بعض نکا ہے گا ہے اس ہڈی کے خالی حصہ میں پائے جاتے ہیں بعض اوقات انہی محلات پر ایسے دویرے بھی پائے جاتے ہیں جنکا استرہد بہ دار سر حلقہ کا ہوتا ہے۔ یہ تمام ساختیں اس مرکزی عطفہ کی عمق کا مابقا ہوتی ہیں جو مضغہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے بروزر کرتا ہے اور جس سے غدہ درقیہ کی خاکنائے اور اسکا متصلہ حصہ بنتے ہیں۔ زبان پر کا سوراخ اعور (foramen cæcum) اس مقام کو نکلا ہوا ہے جہاں سے عطفہ بلعوم سے نکلتا ہے۔ ایسی فتاتیں بھی پائی گئی ہیں جو سوراخ اعور سے نکل کر ان عین غدہ تک جاتی ہیں جو عظم لامیہ کے قرب وجوار میں واقع ہوتے ہیں اور جنکا استرہد سر حلقہ کا ہوتا ہے۔ ان غدی اور سر حلقی اجتماعات سے جو عظم لامی کے قرب وجوار میں پائے جاتے ہیں گردن کے سرطان کی بعض گہری واقع ہونے والی قسمیں بھی پیدا ہوتی ہیں۔ انہیں سے بعض خبیث دویروں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں جنکا ذکر مصنف نے کیا ہے (Treves Path. Soc. Trans. 1886)۔

176

## استیصال - سالم زبان کو دور کرنے کے مختلف طریقہ اختیار کئے گئے ہیں۔

یہ منہ میں سے حرارت رسانی (diathermy) کے چاقو یا قینچی سے دور کیا جاسکتی ہے۔ مؤخر الذکر عملیہ گردن میں لسانی عروق کو باندھنے کے ساتھ یا باندھنے کے بغیر بھی کیا جاتا ہے۔ مگر اس عضو کی زیادہ گہری چسپیدگیوں کو منہ میں سے جو مقابلہ ایک چھوٹا سوراخ ہے مکمل طور پر معرکہ کرنا مشکل ہے۔ گنجائش بڑھانے کے لئے ایک طریقہ عمل میں زخار میں شگاف دیا جاتا ہے اور ایک میں نیچے کے لب کو اور نیچے کے جبڑے کے ارتفاق کو کاٹا جاتا ہے۔

عملیہ جات کے ایک اور سلسلہ میں عظم لامیہ اور چانہ کے درمیان شگاف دیکر زبان تک رسانی کی گئی ہے اور یا اسے مکمل طور پر معرکہ بھی کر لیا گیا ہے کاختر (Kocher) نے گردن میں سے زبان کو متکشف کر نیکا طریقہ رائج کیا تھا۔ اس میں جس شگاف سے زبان تک رسانی حاصل کیجاتی ہے وہ کان سے شروع ہو کر قصبی حلقی (sterno-mastoid) عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ عظم لامی تک جاتا ہے اور یہاں سے یہ دوشکی عضلہ (digastric) کے مقدم بطن کے ساتھ ساتھ

اور کھولا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے لسانی شریان کو ابتدا ہی میں باندھ کر زف پر مکمل طور پر قابو حاصل کر لینے کے علاوہ بالائی گہرے عنتی غدود لہنی غدود اور زیر چانوی اور زیر لسانی غدود کے اوپر کی اور انکے اندر کی بافت کو جو ثانوی سرطانی مطروحات کا محل ہوتے ہیں باسانی دور کیا جاسکتا ہے۔

177

سالم عضو کے دور کرنے میں مندرجہ ذیل ساختیں لازمی طور پر کافی جاتی ہیں۔ قید اللسان غشاء مخاطی زبان کے اطراف کے ساتھ ساتھ لسانی مکی شکل (glosso-epiglottic folds) عضلہ قبیہ لسانیہ (genio-glossus)، عضلہ لامیہ لسانیہ (hyo-glossus)، عضلہ ابریہ لسانیہ (stylo-glossus)، عضلات حنکیہ لسانیہ (palato-glossus muscles) اور فوقانی اور تحتانی لسانی عضلات کے جو عظم لامی سے چسپیدہ ہوتے ہیں چند ریشہ جات، لسانی، لسانی بلعوی اور تحت اللسانی اعصاب کی انتہائی شاخیں، لسانی عروق اور زبان کے اطراف پر اس کے قاعدہ کے نزدیک صعودی بلعوی (ascending pharyngeal) شریان کی اور وہی شریان کی لوزی (tonsillar) شاخ کی چند شاخیں۔

## حنک

(PALATE)

حنک الصلب (hard palate) کی محراب کی بلندی اور شکل مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ جنکو جوانی میں غدودہ (adenoids) کی شکایت رہی ہو انہیں یہ خاص طور پر تنگ اور بلند ہوتی ہے۔ حنک پر جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انکے سلسلہ میں اس محراب کے خاکہ کو کبھی قدر اہمیت حاصل ہے۔

حنک مشقوق (cleft palate) حنک اور اوپر کے لب میں درز کے جو

مختلف اقسام پائے جاتے ہیں انکو سمجھنے کے لئے ان حصوں کے نمو کا مختصراً اعادہ کرنا ضروری کیونکہ حنک مشقوق (cleft palate) اور ”خوگوشی لب“ (hare-lip) کے تمام اقسام حصوں کے غیر مکمل اتحاد سے پیدا ہوتے ہیں۔ شکل ۴۳۔ ۱ میں یہ ظاہر کیا گیا ہے کہ عظمی حنک بوقت پیدائش تین عناصر سے مرکب ہوتا ہے: (۱) پیش فکی (premaxillary) (عظم تہمتی: os incivum)

جبیر چار شنا یا ہوتے ہیں، (۲) دایاں فکی، (۳) بایاں فکی جن پر دائیں اور بائیں کچلیاں اور دو دو کی ڈاڑھیں ہوتی ہیں۔ یہ تینوں حصے مختلف الاصل ہوتے ہیں۔ پیش فکی حصہ وسطانی انفی زائڈ (medial nasal process) سے (شکل ۳۱ صفحہ ۱۳۶) اور قذقی حصے دائیں اور بائیں فکی زائڈوں سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان مختلف عناصر کا اتحاد جس سے حنک لیا جاتا ہے اگلے حصے سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف کو جاتا ہے۔ فکی زائڈے حنک کے موخر دو تھائی حصوں میں ایک دوسرے سے



- شکل ۳۳ جانبی ثنیہ کا تعلق حنکی درز سے ظاہر کرتی ہے۔  
 ۱۔ حنک الصلب لمبی۔ پیش فک پر نقطے لگے ہوئے ہیں۔ جانبی ثنیہ اسکے اور فک کے درمیان کی درز (suture) میں پایا جاتا ہے۔  
 ۲۔ دو جانبی حنک مشقوق۔ جانبی ثنیہ پیش فک پر درز کی اندر کی جانب واقع ہے۔  
 ۳۔ ناک کا فاصل فکی لہیوں کے درمیان کی درز میں منکشف ہے۔  
 ۴۔ دو جانبی حنک مشقوق۔ جانبی ثنیہ درز کی باہر کی جانب فک پر واقع ہے۔

خط وسطی میں متحد ہو جاتے ہیں۔ مگر اگلے ایک تھائی حصہ میں یہ پیش فکی حصہ سے مل جاتے ہیں۔ چنانچہ خط اتحاد وائی (Y) کی شکل کا ہوتا ہے۔ اور پیش فکی حصہ اسکی دونوں شانوں پر واقع ہوتا ہے۔ درز اکثر حالتوں میں وائی (Y) کے اصلی تنہ پر واقع ہوتی ہے، یا اس سے صرف حنک الرخوی متاثر ہوتا ہے، یا یہ ایک یا دونوں اطراف پر آگے کی طرف کو جو فیروز تک پہنچتی ہوتی ہے، جیسا کہ شکل ۳۳ ۲۳ ۲۴ ۲۵ ۲۶ ۲۷ ۲۸ ۲۹ ۳۰ ۳۱ ۳۲ ۳۳ ۳۴ ۳۵ ۳۶ ۳۷ ۳۸ ۳۹ ۴۰ ۴۱ ۴۲ ۴۳ ۴۴ ۴۵ ۴۶ ۴۷ ۴۸ ۴۹ ۵۰ ۵۱ ۵۲ ۵۳ ۵۴ ۵۵ ۵۶ ۵۷ ۵۸ ۵۹ ۶۰ ۶۱ ۶۲ ۶۳ ۶۴ ۶۵ ۶۶ ۶۷ ۶۸ ۶۹ ۷۰ ۷۱ ۷۲ ۷۳ ۷۴ ۷۵ ۷۶ ۷۷ ۷۸ ۷۹ ۸۰ ۸۱ ۸۲ ۸۳ ۸۴ ۸۵ ۸۶ ۸۷ ۸۸ ۸۹ ۹۰ ۹۱ ۹۲ ۹۳ ۹۴ ۹۵ ۹۶ ۹۷ ۹۸ ۹۹ ۱۰۰ ۱۰۱ ۱۰۲ ۱۰۳ ۱۰۴ ۱۰۵ ۱۰۶ ۱۰۷ ۱۰۸ ۱۰۹ ۱۱۰ ۱۱۱ ۱۱۲ ۱۱۳ ۱۱۴ ۱۱۵ ۱۱۶ ۱۱۷ ۱۱۸ ۱۱۹ ۱۲۰ ۱۲۱ ۱۲۲ ۱۲۳ ۱۲۴ ۱۲۵ ۱۲۶ ۱۲۷ ۱۲۸ ۱۲۹ ۱۳۰ ۱۳۱ ۱۳۲ ۱۳۳ ۱۳۴ ۱۳۵ ۱۳۶ ۱۳۷ ۱۳۸ ۱۳۹ ۱۴۰ ۱۴۱ ۱۴۲ ۱۴۳ ۱۴۴ ۱۴۵ ۱۴۶ ۱۴۷ ۱۴۸ ۱۴۹ ۱۵۰ ۱۵۱ ۱۵۲ ۱۵۳ ۱۵۴ ۱۵۵ ۱۵۶ ۱۵۷ ۱۵۸ ۱۵۹ ۱۶۰ ۱۶۱ ۱۶۲ ۱۶۳ ۱۶۴ ۱۶۵ ۱۶۶ ۱۶۷ ۱۶۸ ۱۶۹ ۱۷۰ ۱۷۱ ۱۷۲ ۱۷۳ ۱۷۴ ۱۷۵ ۱۷۶ ۱۷۷ ۱۷۸ ۱۷۹ ۱۸۰ ۱۸۱ ۱۸۲ ۱۸۳ ۱۸۴ ۱۸۵ ۱۸۶ ۱۸۷ ۱۸۸ ۱۸۹ ۱۹۰ ۱۹۱ ۱۹۲ ۱۹۳ ۱۹۴ ۱۹۵ ۱۹۶ ۱۹۷ ۱۹۸ ۱۹۹ ۲۰۰ ۲۰۱ ۲۰۲ ۲۰۳ ۲۰۴ ۲۰۵ ۲۰۶ ۲۰۷ ۲۰۸ ۲۰۹ ۲۱۰ ۲۱۱ ۲۱۲ ۲۱۳ ۲۱۴ ۲۱۵ ۲۱۶ ۲۱۷ ۲۱۸ ۲۱۹ ۲۲۰ ۲۲۱ ۲۲۲ ۲۲۳ ۲۲۴ ۲۲۵ ۲۲۶ ۲۲۷ ۲۲۸ ۲۲۹ ۲۳۰ ۲۳۱ ۲۳۲ ۲۳۳ ۲۳۴ ۲۳۵ ۲۳۶ ۲۳۷ ۲۳۸ ۲۳۹ ۲۴۰ ۲۴۱ ۲۴۲ ۲۴۳ ۲۴۴ ۲۴۵ ۲۴۶ ۲۴۷ ۲۴۸ ۲۴۹ ۲۵۰ ۲۵۱ ۲۵۲ ۲۵۳ ۲۵۴ ۲۵۵ ۲۵۶ ۲۵۷ ۲۵۸ ۲۵۹ ۲۶۰ ۲۶۱ ۲۶۲ ۲۶۳ ۲۶۴ ۲۶۵ ۲۶۶ ۲۶۷ ۲۶۸ ۲۶۹ ۲۷۰ ۲۷۱ ۲۷۲ ۲۷۳ ۲۷۴ ۲۷۵ ۲۷۶ ۲۷۷ ۲۷۸ ۲۷۹ ۲۸۰ ۲۸۱ ۲۸۲ ۲۸۳ ۲۸۴ ۲۸۵ ۲۸۶ ۲۸۷ ۲۸۸ ۲۸۹ ۲۹۰ ۲۹۱ ۲۹۲ ۲۹۳ ۲۹۴ ۲۹۵ ۲۹۶ ۲۹۷ ۲۹۸ ۲۹۹ ۳۰۰ ۳۰۱ ۳۰۲ ۳۰۳ ۳۰۴ ۳۰۵ ۳۰۶ ۳۰۷ ۳۰۸ ۳۰۹ ۳۱۰ ۳۱۱ ۳۱۲ ۳۱۳ ۳۱۴ ۳۱۵ ۳۱۶ ۳۱۷ ۳۱۸ ۳۱۹ ۳۲۰ ۳۲۱ ۳۲۲ ۳۲۳ ۳۲۴ ۳۲۵ ۳۲۶ ۳۲۷ ۳۲۸ ۳۲۹ ۳۳۰ ۳۳۱ ۳۳۲ ۳۳۳ ۳۳۴ ۳۳۵ ۳۳۶ ۳۳۷ ۳۳۸ ۳۳۹ ۳۴۰ ۳۴۱ ۳۴۲ ۳۴۳ ۳۴۴ ۳۴۵ ۳۴۶ ۳۴۷ ۳۴۸ ۳۴۹ ۳۵۰ ۳۵۱ ۳۵۲ ۳۵۳ ۳۵۴ ۳۵۵ ۳۵۶ ۳۵۷ ۳۵۸ ۳۵۹ ۳۶۰ ۳۶۱ ۳۶۲ ۳۶۳ ۳۶۴ ۳۶۵ ۳۶۶ ۳۶۷ ۳۶۸ ۳۶۹ ۳۷۰ ۳۷۱ ۳۷۲ ۳۷۳ ۳۷۴ ۳۷۵ ۳۷۶ ۳۷۷ ۳۷۸ ۳۷۹ ۳۸۰ ۳۸۱ ۳۸۲ ۳۸۳ ۳۸۴ ۳۸۵ ۳۸۶ ۳۸۷ ۳۸۸ ۳۸۹ ۳۹۰ ۳۹۱ ۳۹۲ ۳۹۳ ۳۹۴ ۳۹۵ ۳۹۶ ۳۹۷ ۳۹۸ ۳۹۹ ۴۰۰ ۴۰۱ ۴۰۲ ۴۰۳ ۴۰۴ ۴۰۵ ۴۰۶ ۴۰۷ ۴۰۸ ۴۰۹ ۴۱۰ ۴۱۱ ۴۱۲ ۴۱۳ ۴۱۴ ۴۱۵ ۴۱۶ ۴۱۷ ۴۱۸ ۴۱۹ ۴۲۰ ۴۲۱ ۴۲۲ ۴۲۳ ۴۲۴ ۴۲۵ ۴۲۶ ۴۲۷ ۴۲۸ ۴۲۹ ۴۳۰ ۴۳۱ ۴۳۲ ۴۳۳ ۴۳۴ ۴۳۵ ۴۳۶ ۴۳۷ ۴۳۸ ۴۳۹ ۴۴۰ ۴۴۱ ۴۴۲ ۴۴۳ ۴۴۴ ۴۴۵ ۴۴۶ ۴۴۷ ۴۴۸ ۴۴۹ ۴۵۰ ۴۵۱ ۴۵۲ ۴۵۳ ۴۵۴ ۴۵۵ ۴۵۶ ۴۵۷ ۴۵۸ ۴۵۹ ۴۶۰ ۴۶۱ ۴۶۲ ۴۶۳ ۴۶۴ ۴۶۵ ۴۶۶ ۴۶۷ ۴۶۸ ۴۶۹ ۴۷۰ ۴۷۱ ۴۷۲ ۴۷۳ ۴۷۴ ۴۷۵ ۴۷۶ ۴۷۷ ۴۷۸ ۴۷۹ ۴۸۰ ۴۸۱ ۴۸۲ ۴۸۳ ۴۸۴ ۴۸۵ ۴۸۶ ۴۸۷ ۴۸۸ ۴۸۹ ۴۹۰ ۴۹۱ ۴۹۲ ۴۹۳ ۴۹۴ ۴۹۵ ۴۹۶ ۴۹۷ ۴۹۸ ۴۹۹ ۵۰۰ ۵۰۱ ۵۰۲ ۵۰۳ ۵۰۴ ۵۰۵ ۵۰۶ ۵۰۷ ۵۰۸ ۵۰۹ ۵۱۰ ۵۱۱ ۵۱۲ ۵۱۳ ۵۱۴ ۵۱۵ ۵۱۶ ۵۱۷ ۵۱۸ ۵۱۹ ۵۲۰ ۵۲۱ ۵۲۲ ۵۲۳ ۵۲۴ ۵۲۵ ۵۲۶ ۵۲۷ ۵۲۸ ۵۲۹ ۵۳۰ ۵۳۱ ۵۳۲ ۵۳۳ ۵۳۴ ۵۳۵ ۵۳۶ ۵۳۷ ۵۳۸ ۵۳۹ ۵۴۰ ۵۴۱ ۵۴۲ ۵۴۳ ۵۴۴ ۵۴۵ ۵۴۶ ۵۴۷ ۵۴۸ ۵۴۹ ۵۵۰ ۵۵۱ ۵۵۲ ۵۵۳ ۵۵۴ ۵۵۵ ۵۵۶ ۵۵۷ ۵۵۸ ۵۵۹ ۵۶۰ ۵۶۱ ۵۶۲ ۵۶۳ ۵۶۴ ۵۶۵ ۵۶۶ ۵۶۷ ۵۶۸ ۵۶۹ ۵۷۰ ۵۷۱ ۵۷۲ ۵۷۳ ۵۷۴ ۵۷۵ ۵۷۶ ۵۷۷ ۵۷۸ ۵۷۹ ۵۸۰ ۵۸۱ ۵۸۲ ۵۸۳ ۵۸۴ ۵۸۵ ۵۸۶ ۵۸۷ ۵۸۸ ۵۸۹ ۵۹۰ ۵۹۱ ۵۹۲ ۵۹۳ ۵۹۴ ۵۹۵ ۵۹۶ ۵۹۷ ۵۹۸ ۵۹۹ ۶۰۰ ۶۰۱ ۶۰۲ ۶۰۳ ۶۰۴ ۶۰۵ ۶۰۶ ۶۰۷ ۶۰۸ ۶۰۹ ۶۱۰ ۶۱۱ ۶۱۲ ۶۱۳ ۶۱۴ ۶۱۵ ۶۱۶ ۶۱۷ ۶۱۸ ۶۱۹ ۶۲۰ ۶۲۱ ۶۲۲ ۶۲۳ ۶۲۴ ۶۲۵ ۶۲۶ ۶۲۷ ۶۲۸ ۶۲۹ ۶۳۰ ۶۳۱ ۶۳۲ ۶۳۳ ۶۳۴ ۶۳۵ ۶۳۶ ۶۳۷ ۶۳۸ ۶۳۹ ۶۴۰ ۶۴۱ ۶۴۲ ۶۴۳ ۶۴۴ ۶۴۵ ۶۴۶ ۶۴۷ ۶۴۸ ۶۴۹ ۶۵۰ ۶۵۱ ۶۵۲ ۶۵۳ ۶۵۴ ۶۵۵ ۶۵۶ ۶۵۷ ۶۵۸ ۶۵۹ ۶۶۰ ۶۶۱ ۶۶۲ ۶۶۳ ۶۶۴ ۶۶۵ ۶۶۶ ۶۶۷ ۶۶۸ ۶۶۹ ۶۷۰ ۶۷۱ ۶۷۲ ۶۷۳ ۶۷۴ ۶۷۵ ۶۷۶ ۶۷۷ ۶۷۸ ۶۷۹ ۶۸۰ ۶۸۱ ۶۸۲ ۶۸۳ ۶۸۴ ۶۸۵ ۶۸۶ ۶۸۷ ۶۸۸ ۶۸۹ ۶۹۰ ۶۹۱ ۶۹۲ ۶۹۳ ۶۹۴ ۶۹۵ ۶۹۶ ۶۹۷ ۶۹۸ ۶۹۹ ۷۰۰ ۷۰۱ ۷۰۲ ۷۰۳ ۷۰۴ ۷۰۵ ۷۰۶ ۷۰۷ ۷۰۸ ۷۰۹ ۷۱۰ ۷۱۱ ۷۱۲ ۷۱۳ ۷۱۴ ۷۱۵ ۷۱۶ ۷۱۷ ۷۱۸ ۷۱۹ ۷۲۰ ۷۲۱ ۷۲۲ ۷۲۳ ۷۲۴ ۷۲۵ ۷۲۶ ۷۲۷ ۷۲۸ ۷۲۹ ۷۳۰ ۷۳۱ ۷۳۲ ۷۳۳ ۷۳۴ ۷۳۵ ۷۳۶ ۷۳۷ ۷۳۸ ۷۳۹ ۷۴۰ ۷۴۱ ۷۴۲ ۷۴۳ ۷۴۴ ۷۴۵ ۷۴۶ ۷۴۷ ۷۴۸ ۷۴۹ ۷۵۰ ۷۵۱ ۷۵۲ ۷۵۳ ۷۵۴ ۷۵۵ ۷۵۶ ۷۵۷ ۷۵۸ ۷۵۹ ۷۶۰ ۷۶۱ ۷۶۲ ۷۶۳ ۷۶۴ ۷۶۵ ۷۶۶ ۷۶۷ ۷۶۸ ۷۶۹ ۷۷۰ ۷۷۱ ۷۷۲ ۷۷۳ ۷۷۴ ۷۷۵ ۷۷۶ ۷۷۷ ۷۷۸ ۷۷۹ ۷۸۰ ۷۸۱ ۷۸۲ ۷۸۳ ۷۸۴ ۷۸۵ ۷۸۶ ۷۸۷ ۷۸۸ ۷۸۹ ۷۹۰ ۷۹۱ ۷۹۲ ۷۹۳ ۷۹۴ ۷۹۵ ۷۹۶ ۷۹۷ ۷۹۸ ۷۹۹ ۸۰۰ ۸۰۱ ۸۰۲ ۸۰۳ ۸۰۴ ۸۰۵ ۸۰۶ ۸۰۷ ۸۰۸ ۸۰۹ ۸۱۰ ۸۱۱ ۸۱۲ ۸۱۳ ۸۱۴ ۸۱۵ ۸۱۶ ۸۱۷ ۸۱۸ ۸۱۹ ۸۲۰ ۸۲۱ ۸۲۲ ۸۲۳ ۸۲۴ ۸۲۵ ۸۲۶ ۸۲۷ ۸۲۸ ۸۲۹ ۸۳۰ ۸۳۱ ۸۳۲ ۸۳۳ ۸۳۴ ۸۳۵ ۸۳۶ ۸۳۷ ۸۳۸ ۸۳۹ ۸۴۰ ۸۴۱ ۸۴۲ ۸۴۳ ۸۴۴ ۸۴۵ ۸۴۶ ۸۴۷ ۸۴۸ ۸۴۹ ۸۵۰ ۸۵۱ ۸۵۲ ۸۵۳ ۸۵۴ ۸۵۵ ۸۵۶ ۸۵۷ ۸۵۸ ۸۵۹ ۸۶۰ ۸۶۱ ۸۶۲ ۸۶۳ ۸۶۴ ۸۶۵ ۸۶۶ ۸۶۷ ۸۶۸ ۸۶۹ ۸۷۰ ۸۷۱ ۸۷۲ ۸۷۳ ۸۷۴ ۸۷۵ ۸۷۶ ۸۷۷ ۸۷۸ ۸۷۹ ۸۸۰ ۸۸۱ ۸۸۲ ۸۸۳ ۸۸۴ ۸۸۵ ۸۸۶ ۸۸۷ ۸۸۸ ۸۸۹ ۸۹۰ ۸۹۱ ۸۹۲ ۸۹۳ ۸۹۴ ۸۹۵ ۸۹۶ ۸۹۷ ۸۹۸ ۸۹۹ ۹۰۰ ۹۰۱ ۹۰۲ ۹۰۳ ۹۰۴ ۹۰۵ ۹۰۶ ۹۰۷ ۹۰۸ ۹۰۹ ۹۱۰ ۹۱۱ ۹۱۲ ۹۱۳ ۹۱۴ ۹۱۵ ۹۱۶ ۹۱۷ ۹۱۸ ۹۱۹ ۹۲۰ ۹۲۱ ۹۲۲ ۹۲۳ ۹۲۴ ۹۲۵ ۹۲۶ ۹۲۷ ۹۲۸ ۹۲۹ ۹۳۰ ۹۳۱ ۹۳۲ ۹۳۳ ۹۳۴ ۹۳۵ ۹۳۶ ۹۳۷ ۹۳۸ ۹۳۹ ۹۴۰ ۹۴۱ ۹۴۲ ۹۴۳ ۹۴۴ ۹۴۵ ۹۴۶ ۹۴۷ ۹۴۸ ۹۴۹ ۹۵۰ ۹۵۱ ۹۵۲ ۹۵۳ ۹۵۴ ۹۵۵ ۹۵۶ ۹۵۷ ۹۵۸ ۹۵۹ ۹۶۰ ۹۶۱ ۹۶۲ ۹۶۳ ۹۶۴ ۹۶۵ ۹۶۶ ۹۶۷ ۹۶۸ ۹۶۹ ۹۷۰ ۹۷۱ ۹۷۲ ۹۷۳ ۹۷۴ ۹۷۵ ۹۷۶ ۹۷۷ ۹۷۸ ۹۷۹ ۹۸۰ ۹۸۱ ۹۸۲ ۹۸۳ ۹۸۴ ۹۸۵ ۹۸۶ ۹۸۷ ۹۸۸ ۹۸۹ ۹۹۰ ۹۹۱ ۹۹۲ ۹۹۳ ۹۹۴ ۹۹۵ ۹۹۶ ۹۹۷ ۹۹۸ ۹۹۹ ۱۰۰۰ ۱۰۰۱ ۱۰۰۲ ۱۰۰۳ ۱۰۰۴ ۱۰۰۵ ۱۰۰۶ ۱۰۰۷ ۱۰۰۸ ۱۰۰۹ ۱۰۱۰ ۱۰۱۱ ۱۰۱۲ ۱۰۱۳ ۱۰۱۴ ۱۰۱۵ ۱۰۱۶ ۱۰۱۷ ۱۰۱۸ ۱۰۱۹ ۱۰۲۰ ۱۰۲۱ ۱۰۲۲ ۱۰۲۳ ۱۰۲۴ ۱۰۲۵ ۱۰۲۶ ۱۰۲۷ ۱۰۲۸ ۱۰۲۹ ۱۰۳۰ ۱۰۳۱ ۱۰۳۲ ۱۰۳۳ ۱۰۳۴ ۱۰۳۵ ۱۰۳۶ ۱۰۳۷ ۱۰۳۸ ۱۰۳۹ ۱۰۴۰ ۱۰۴۱ ۱۰۴۲ ۱۰۴۳ ۱۰۴۴ ۱۰۴۵ ۱۰۴۶ ۱۰۴۷ ۱۰۴۸ ۱۰۴۹ ۱۰۵۰ ۱۰۵۱ ۱۰۵۲ ۱۰۵۳ ۱۰۵۴ ۱۰۵۵ ۱۰۵۶ ۱۰۵۷ ۱۰۵۸ ۱۰۵۹ ۱۰۶۰ ۱۰۶۱ ۱۰۶۲ ۱۰۶۳ ۱۰۶۴ ۱۰۶۵ ۱۰۶۶ ۱۰۶۷ ۱۰۶۸ ۱۰۶۹ ۱۰۷۰ ۱۰۷۱ ۱۰۷۲ ۱۰۷۳ ۱۰۷۴ ۱۰۷۵ ۱۰۷۶ ۱۰۷۷ ۱۰۷۸ ۱۰۷۹ ۱۰۸۰ ۱۰۸۱ ۱۰۸۲ ۱۰۸۳ ۱۰۸۴ ۱۰۸۵ ۱۰۸۶ ۱۰۸۷ ۱۰۸۸ ۱۰۸۹ ۱۰۹۰ ۱۰۹۱ ۱۰۹۲ ۱۰۹۳ ۱۰۹۴ ۱۰۹۵ ۱۰۹۶ ۱۰۹۷ ۱۰۹۸ ۱۰۹۹ ۱۱۰۰ ۱۱۰۱ ۱۱۰۲ ۱۱۰۳ ۱۱۰۴ ۱۱۰۵ ۱۱۰۶ ۱۱۰۷ ۱۱۰۸ ۱۱۰۹ ۱۱۱۰ ۱۱۱۱ ۱۱۱۲ ۱۱۱۳ ۱۱۱۴ ۱۱۱۵ ۱۱۱۶ ۱۱۱۷ ۱۱۱۸ ۱۱۱۹ ۱۱۲۰ ۱۱۲۱ ۱۱۲۲ ۱۱۲۳ ۱۱۲۴ ۱۱۲۵ ۱۱۲۶ ۱۱۲۷ ۱۱۲۸ ۱۱۲۹ ۱۱۳۰ ۱۱۳۱ ۱۱۳۲ ۱۱۳۳ ۱۱۳۴ ۱۱۳۵ ۱۱۳۶ ۱۱۳۷ ۱۱۳۸ ۱۱۳۹ ۱۱۴۰ ۱۱۴۱ ۱۱۴۲ ۱۱۴۳ ۱۱۴۴ ۱۱۴۵ ۱۱۴۶ ۱۱۴۷ ۱۱۴۸ ۱۱۴۹ ۱۱۵۰ ۱۱۵۱ ۱۱۵۲ ۱۱۵۳ ۱۱۵۴ ۱۱۵۵ ۱۱۵۶ ۱۱۵۷ ۱۱۵۸ ۱۱۵۹ ۱۱۶۰ ۱۱۶۱ ۱۱۶۲ ۱۱۶۳ ۱۱۶۴ ۱۱۶۵ ۱۱۶۶ ۱۱۶۷ ۱۱۶۸ ۱۱۶۹ ۱۱۷۰ ۱۱۷۱ ۱۱۷۲ ۱۱۷۳ ۱۱۷۴ ۱۱۷۵ ۱۱۷۶ ۱۱۷۷ ۱۱۷۸ ۱۱۷۹ ۱۱۸۰ ۱۱۸۱ ۱۱۸۲ ۱۱۸۳ ۱۱۸۴ ۱۱۸۵ ۱۱۸۶ ۱۱۸۷ ۱۱۸۸ ۱۱۸۹ ۱۱۹۰ ۱۱۹۱ ۱۱۹۲ ۱۱۹۳ ۱۱۹۴ ۱۱۹۵ ۱۱۹۶ ۱۱۹۷ ۱۱۹۸ ۱۱۹۹ ۱۲۰۰ ۱۲۰۱ ۱۲۰۲ ۱۲۰۳ ۱۲۰۴ ۱۲۰۵ ۱۲۰۶ ۱۲۰۷ ۱۲۰۸ ۱۲۰۹ ۱۲۱۰ ۱۲۱۱ ۱۲۱۲ ۱۲۱۳ ۱۲۱۴ ۱۲۱۵ ۱۲۱۶ ۱۲۱۷ ۱۲۱۸ ۱۲۱۹ ۱۲۲۰ ۱۲۲۱ ۱۲۲۲ ۱۲۲۳ ۱۲۲۴ ۱۲۲۵ ۱۲۲۶ ۱۲۲۷ ۱۲۲۸ ۱۲۲۹ ۱۲۳۰ ۱۲۳۱ ۱۲۳۲ ۱۲۳۳ ۱۲۳۴ ۱۲۳۵ ۱۲۳۶ ۱۲۳۷ ۱۲۳۸ ۱۲۳۹ ۱۲۴۰ ۱۲۴۱ ۱۲۴۲ ۱۲۴۳ ۱۲۴۴ ۱۲۴۵ ۱۲۴۶ ۱۲۴۷ ۱۲۴۸ ۱۲۴۹ ۱۲۵۰ ۱۲۵۱ ۱۲۵۲ ۱۲۵۳ ۱۲۵۴ ۱۲۵۵ ۱۲۵۶ ۱۲۵۷ ۱۲۵۸ ۱۲۵۹ ۱۲۶۰ ۱۲۶۱ ۱۲۶۲ ۱۲۶۳ ۱۲۶۴ ۱۲۶۵ ۱۲۶۶ ۱۲۶۷ ۱۲۶۸ ۱۲۶۹ ۱۲۷۰ ۱۲۷۱ ۱۲۷۲ ۱۲۷۳ ۱۲۷۴ ۱۲۷۵ ۱۲۷۶ ۱۲۷۷ ۱۲۷۸ ۱۲۷۹ ۱۲۸۰ ۱۲۸۱ ۱۲۸۲ ۱۲۸۳ ۱۲۸۴ ۱۲۸۵ ۱۲۸۶ ۱۲۸۷ ۱۲۸۸ ۱۲۸۹ ۱۲۹۰ ۱۲۹۱ ۱۲۹۲ ۱۲۹۳ ۱۲۹۴ ۱۲۹۵ ۱۲۹۶ ۱۲۹۷ ۱۲۹۸ ۱۲۹۹ ۱۳۰۰ ۱۳۰۱ ۱۳۰۲ ۱۳۰۳ ۱۳۰۴ ۱۳۰۵ ۱۳۰۶ ۱۳۰۷ ۱۳۰۸ ۱۳۰۹ ۱۳۱۰ ۱۳۱۱ ۱۳۱۲ ۱۳۱۳ ۱۳۱۴ ۱۳۱۵ ۱۳۱۶ ۱۳۱۷ ۱۳۱۸ ۱۳۱۹ ۱۳۲۰ ۱۳۲۱ ۱۳۲۲ ۱۳۲۳ ۱۳۲۴ ۱۳۲۵ ۱۳۲۶ ۱۳۲۷ ۱۳۲۸ ۱۳۲۹ ۱۳۳۰ ۱۳۳۱ ۱۳۳۲ ۱۳۳۳ ۱۳۳۴ ۱۳۳۵ ۱۳۳۶ ۱۳۳۷ ۱۳۳۸ ۱۳۳۹ ۱۳۴۰ ۱۳۴۱ ۱۳۴۲ ۱۳۴۳ ۱۳۴۴ ۱۳۴۵ ۱۳۴۶ ۱۳۴۷ ۱۳۴۸ ۱۳۴۹ ۱۳۵۰ ۱۳۵۱ ۱۳۵۲ ۱۳۵۳ ۱۳۵۴ ۱۳۵۵ ۱۳۵۶ ۱۳۵۷ ۱۳۵۸ ۱۳۵۹ ۱۳۶۰ ۱۳۶۱ ۱۳۶۲ ۱۳۶۳ ۱۳۶۴ ۱۳۶۵ ۱۳۶۶ ۱۳۶۷ ۱۳۶۸ ۱۳۶۹ ۱۳۷۰ ۱۳۷۱ ۱۳۷۲ ۱۳۷۳ ۱۳۷۴ ۱۳۷۵ ۱۳۷۶ ۱۳۷۷ ۱۳۷۸ ۱۳۷۹ ۱۳۸۰ ۱۳۸۱ ۱۳۸۲ ۱۳۸۳ ۱۳۸۴ ۱۳۸۵ ۱۳۸۶ ۱۳۸۷ ۱۳۸۸ ۱۳۸۹ ۱۳۹۰ ۱۳۹۱ ۱۳۹۲ ۱۳۹۳ ۱۳۹۴ ۱۳۹۵ ۱۳۹۶ ۱۳۹۷ ۱۳۹۸ ۱۳۹۹ ۱۴۰۰ ۱۴۰۱ ۱۴۰۲ ۱۴۰۳ ۱۴۰۴ ۱۴۰۵ ۱۴۰۶ ۱۴۰۷ ۱۴۰۸ ۱۴۰۹ ۱۴۱۰ ۱۴۱۱ ۱۴۱۲ ۱۴۱۳ ۱۴۱۴ ۱۴۱۵ ۱۴۱۶ ۱۴۱۷ ۱۴۱۸ ۱۴۱۹ ۱۴۲۰ ۱۴۲۱ ۱۴۲۲ ۱۴۲۳ ۱۴۲۴ ۱۴۲۵ ۱۴۲۶ ۱۴۲۷ ۱۴۲۸ ۱۴۲۹ ۱۴۳۰ ۱۴۳۱ ۱۴۳۲ ۱۴۳۳ ۱۴۳۴ ۱۴۳۵ ۱۴۳۶ ۱۴۳۷ ۱۴۳۸ ۱۴۳۹ ۱۴۴۰ ۱۴۴۱ ۱۴۴۲ ۱۴۴۳ ۱۴۴۴ ۱۴۴۵ ۱۴۴۶ ۱۴۴۷ ۱۴۴۸ ۱۴۴۹ ۱۴۵۰ ۱۴۵۱ ۱۴۵۲ ۱۴۵۳ ۱۴۵۴ ۱۴۵۵ ۱۴۵۶ ۱۴۵۷ ۱۴۵۸ ۱۴۵۹ ۱۴۶۰ ۱۴۶۱ ۱۴۶۲ ۱۴۶۳ ۱۴۶۴ ۱۴۶۵ ۱۴۶۶ ۱۴۶۷ ۱۴۶۸ ۱۴۶۹ ۱۴۷۰ ۱۴۷۱ ۱۴۷۲ ۱۴۷۳ ۱۴۷۴ ۱۴۷۵ ۱۴۷۶ ۱۴۷۷ ۱۴۷۸ ۱۴۷۹ ۱۴۸۰ ۱۴۸۱ ۱۴۸۲ ۱۴۸۳ ۱۴۸۴ ۱۴۸۵ ۱۴۸۶ ۱۴۸۷ ۱۴۸۸ ۱۴۸۹ ۱۴۹۰ ۱۴۹۱ ۱۴۹۲ ۱۴۹۳ ۱۴۹۴ ۱۴۹۵ ۱۴۹۶ ۱۴۹۷ ۱۴۹۸ ۱۴۹۹ ۱۵۰۰ ۱۵۰۱ ۱۵۰۲ ۱۵۰۳ ۱۵۰۴ ۱۵۰۵ ۱۵۰۶ ۱۵۰۷ ۱۵۰۸ ۱۵۰۹ ۱۵۱۰ ۱۵۱۱ ۱۵۱۲ ۱۵۱۳ ۱۵۱۴ ۱۵۱۵ ۱۵۱۶ ۱۵۱۷ ۱۵۱۸ ۱۵۱۹ ۱۵۲۰ ۱۵۲۱ ۱۵۲۲ ۱۵۲۳ ۱۵۲۴ ۱۵۲۵ ۱۵۲۶ ۱۵۲۷ ۱۵۲۸ ۱۵۲۹ ۱۵۳۰ ۱۵۳۱ ۱۵



جانبی ثننیہ کی کلی چمکی ہوتی ہے لہذا بعض حالتوں میں یہ ثننیہ پیش فکی زائدہ پر پایا جاتا ہے اور بعض حالتوں میں فکی پر ہوتا ہے (شکل ۳۲ ج-ج)۔ ہر ایک پیش فک میں بعض اوقات تعظم کے دو مرکز ہوتے ہیں۔ مگر جیساکہ اکثر کہا جاتا ہے درز تعظم کے مرکز کے عدم اتحاد کا نتیجہ نہیں ہوتی بلکہ حنک کے نوی حصوں کی علیحدگی کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ زمانہ طفولیت میں بالیدگی میں جوں جوں ترقی ہوتی جاتی ہے درز زیادہ چوڑی ہوتی جاتی ہے۔

اوپر کے لب کا نمونہ تین عناصر سے ہوتا ہے جن سے کہ حنک کا ہوتا ہے (شکل ۳۱ صفحہ ۱۳۶)۔ اگر حنکی درز جو فیروزہ تک پہنچ جائے تو لب بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ مگر حنک پر درز موجود ہونے کے بغیر بھی ایک یا دونوں لبوں پر درز واقع ہو سکتی ہے۔ لب کا پیش فکی یا وسطی عنصر ہی اپنی اصل میں دو جانبی ہوتا ہے۔ مگر اسکے دونوں حصوں کی مستقل علیحدگی کا پایا جانا نہایت ہی نادر وقوع ہے۔ دو جانبی خرگوشی لب (hare-lip) میں گاہے گاہے بچہ کے لب پر دو علیحدہ جات دیکھنے میں آتے ہیں، جو لبوں کے اقتراب کی حالت میں اوپر کے لب کی درزوں میں ٹھیک طرح سے بیٹھ جاتے ہیں۔

جو غشائے مخاطی حنک الصلب کی پوشش ہوتی ہے اس میں ایک عجیب بات

یہ ہوتی ہے کہ وہ اور گرد غلظہ جو ان ہڈیوں کا خلاف ہوتا ہے تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں۔ اس لئے اس غشا کی تقطیع کے بعد ہڈی مبرا ہو جاتی ہے، کیونکہ اس غشائے مخاطی اور گرد غلظہ کو علیحدہ نہیں کیا جاسکتا۔ یہ غشا خط وسطی میں پتلی ہوتی ہے۔ مگر جانبین پر جو فیروز کے قریب بہت دبیز ہوتی ہے۔ اور بازت کی زیادتی کا انحصار زیادہ تر وسطی تہوں کے نیچے مخاطی غدود کی ایک تعداد کے موجود ہونے پر ہے۔ ایسے غدود خط وسطی پر موجود نہیں ہوتے۔ جب حنک الصلب کی نرم پوشش کی تقطیع دامنوں کی شکل میں کی جاتی ہے جیسا کہ مشقوق حنک کے علیہ میں کیا جاتا ہے تو اسکی کثافت اور سختی کی وجہ سے اسکی دست درزی بہت آسان ہوتی ہے۔

سر ریکمین گوڈلی (Sir Rickman Godlee) نے متعدد واقعات ایسے بیان کئے ہیں جن میں حنک الصلب کے نیچے کی سطح کے موخر حصہ میں ایک عظمی ارتفاع یعنی حنکی فرسرق (torus palatinus) پایا جاتا ہے۔ یہ ارتفاع یا عظمی بروں بالیدگی (exostosis) یورپینو کی نسبت دوسرے اقوام میں زیادہ عام ہوتی ہے۔ اور یسین بلوغ کی ابتدا پر بننا شروع ہوتی ہے۔ یہ حنک کی وسطی درز (suture) کے دونوں اطراف پر ہڈی کے اجتماع سے پیدا ہوتی ہے، اور استثنائی حالتوں میں یہ اچھے خاصے ابعاد اختیار کر لیتی ہے۔

## حنک الصلب کی ہڈیوں اور اسکی مخاطی پوشش کی زیادہ تر رسد نخون

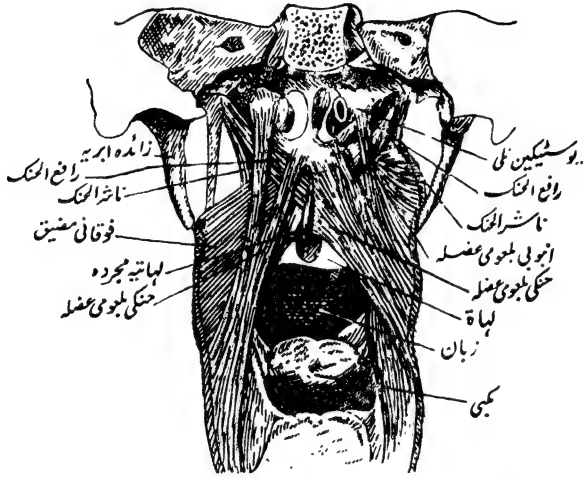
داخلی کلی شریان (internal maxillary artery) کی نزولی حنکی (descending palatine) شاخ سے متال ہوتی ہے۔ یہ عرق جسے حنک الصلب کا صرف ایک ہی عرق کہا جاسکتا ہے حنک الصلب اور حنک الرخو کے مقام اتصال کے نزدیک اور آخری ڈالرہ کی اندرونی جانب کے پاس ہی موخر حنکی قنال سے نکلتا ہے۔ اور آگے کی اور اندر کی طرف کو جا کر مقدم حنکی قنال پر ختم ہو جاتا ہے۔ اسکا نبضان حنک پر اکثر واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ حنک الصلب سے مکشطہ (raspatory) کے ذریعہ سے مخاطی گرد عظمی دامنوں کی تقطیع کرتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ ابتدائی شکاف غنائے مخاطی میں جو فیہ کے قریب دیا جائے تاکہ یہ دامن شریان مذکور پر متل رہے اور اس وجہ سے اسکی حیویت محفوظ رہے۔ دامن کی تقطیع کرتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ شریان غنائے مخاطی کی نسبت ہڈی کے زیادہ قریب سے جاتی ہے۔

180

## حنک الرخو (soft palate) کی دبازت یکساں ہوتی ہے۔ اور اسکی اوسط پیمائش کا

اندازہ تقریباً ۱۸ انچ کیا گیا ہے۔ اسکی دبازت کا زیادہ تر انحصار مخاطی غد کے ایک طبقہ پر ہے جو اسکی بالائی سطح پر ہوتا ہے۔ اسکا مرکزی اساس ایک وتری پھیلاؤ یعنی حنکی صفاق (palatal aponeurosis) ہے جس میں حنک کے ناخبرات ختم ہوتے ہیں اور جسکے ذریعہ سے یہ حنک الصلب کے موخر کنارہ سے پسیدہ ہوتے ہیں۔ جب حنک الرخو خلقی طور پر مشقوق ہوتا ہے تو اس شقاق کی کوریں نکلنے کے۔ ان میں فوقانی مضیق (superior constrictor) کے بالاترین ریشہ جاکے ذریعہ سے ایک دوسرے کے قریب ہو جاتی ہیں۔ اس قرب کی وجہ سے یہ درز تنگ ہو کر نصف یا دو تہائی رہ جاتی ہے۔ جن عضلات کا رجحان درز کو عریض کرنے کی طرف ہوتا ہے ان میں سے زیادہ اہم رافع الحنک (levator palati) اور ناشر الحنک (tensor palati) ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ جب رز کو عملیہ سے بند کرنے کی کوشش کی جائے تو ان عضلات کو کاٹ دیا جائے۔ رافع الحنک (levator palati) خط وسطی کی طرف کو آتا ہوا حنک کو ترچھے رخ میں اوپر نیچے کی اور اندر کی طرف کو عبور کرتا ہے اور یہ مقنعہ (velum) کی زیریں سطح کی نسبت اسکی بالائی سطح کے زیادہ نزدیک واقع ہوتا ہے۔ ناشر الحنک (tensor palati) خط منی زائدہ (hamular process)

کے اوپر سے ہو کر گزرتا ہے اور خط وسطی کی طرف کو تقریباً افقی رخ میں چلا جاتا ہے (شکل ۴۴)۔  
خطیفی زائیدہ اوپر کی پچھلی ڈاڑھ کے عین پیچھے اور اسکے اندر کی طرف کو حنک الرخو میں سے محسوس  
کیا جاسکتا ہے۔ جب مخاطی گردِ عظمہ جسمیں موضعِ حنکی عروق ہوتے ہیں درز کی دونوں اطراف پر  
حنک المصلب پر سے اور اٹھایا جاتا ہے جس سے کہ حنک کے افقی صفحہ کا موضعِ کنارہ نکشف ہو جاتا  
ہے تو عملیہ کن انفی جانب پر حنکی صفاق اور اسکے اوپر کی غشائے مخاطی کو عظم الحنک سے علیحدہ کر دیتا،



شکل ۴۴ - حنک الرخو کے عضلات پیچھے سے۔

(ملیک نے: Blakeway)

اور اس امر کی احتیاط رکھنا ہے کہ موضعِ حنکی قنال اور حنکی عروق تک نہ پہنچے۔ جب صفاق کاٹ دیا  
جاتا ہے تو ناشر الحنک (tensor palati) کا فعل کسی حد تک معطل ہو جاتا ہے۔ رافع الحنک  
(levator palati) کے کاٹنے کا بہترین مقام وہ ہے جہاں یہ حنک الرخو کی بالائی سطح میں  
غشائے مخاطی کے ایک اٹھے ہوئے ٹکڑن کے اندر سے داخل ہوتا ہے۔ اسکا عصب اسکے بالائی  
سرے میں داخل ہوتا ہے اور اس لئے یہ ضرر سے بچ جاتا ہے (بیڑی اور لیگ: Berry and Legg)۔

چونکہ مناسب تکلم کا انحصار زیادہ تر حنک الرخو کے کافی بڑا اور لچکدار ہونے پر ہے

جس سے کہ انفی بلعوم مرضی کے موافق منہ کی طرف سے بند ہو سکتا ہے اسلئے درز دار حنک پر عملیہ کرتے وقت اس ضرورت کو پورا کرنے کی ضرورت احتیاط کرنا چاہئے۔ حنک الصلب کے اندر کے تثقب کو مقنعہ (velum) کے صرفہ سے نہ بند کرنا چاہئے۔

182

## حنک الرخو کی رسد خون، داخلی فکی ثریان کی نزولی حنکی (descending)

palatine شاخ ہ صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) شریان اور وہی (facial) ثریان کی صعودی حنکی (ascending palatine) شاخ سے حاصل ہوتی ہے۔ موخر الذکر عرق مقنعہ (velum) تک عضلہ رافع الحنک (levator palati) کے ساتھ ساتھ آتا ہے اور مذکورہ بالا طریق عمل میں اس عضلہ کی تراش میں اس کا کاٹنا بھی ضروری ہوتا ہے۔

## حنک الرخو کے عضلات کو مختلف اعصاب رسد پہنچاتے ہیں رافع الحنک

(levator palati)، عضلہ لہاتیہ فردیہ (azygos uvulae) اور عضلہ حنکیہ طبعومیہ (palato-pharyngeus) کو عضلات بلعوم کے ساتھ شوکی معین (spinal accessory) سے اور عضلہ حنکیہ لسانیہ (palato-glossus) کو عضلات زبان کیساتھ تحت اللسانی (hypo-glossal) سے اور عضلہ ناشرہ حنکیہ (tensor palati) کو عضلہ ناشرہ طبعیلیہ (tensor tympani) کیساتھ پانچویں عصب کی تیسری قسمت سے اذنی عقدہ (otic ganglion) کے راستہ رسد پہنچتی ہے۔

## بلعوم

(PHARYNX)

بلعوم کا طول تقریباً ۵ انچ ہوتا ہے۔ یہ ایک جانب سے دوسری جانب کو آگے سے پیچھے کی نسبت بہت زیادہ چوڑا ہوتا ہے اور عظم لامی کے قرن اعظم کی نوک کے لیول پر یہ عرض ہوتا ہے۔ یہاں اسکی پیمائش ۲ انچ ہوتی ہے۔ جہاں یہ مری سے غرض حلقی (cricoid cartilage) کے لیول پر ملتا ہے وہاں یہ تنگ ترین ہوتا ہے اور اسکا قطر ۳ انچ سے بھی کم ہوتا ہے۔ بلعوم

اتنی بڑی فضا نہیں ہے جتنی کہ یہ فرض کی جاتی ہے۔ کیونکہ (یہ یاد رکھنا ضروری ہے) زمانہ حیات میں اسکو بہت ترچھے رخ میں دیکھا جاتا ہے اسلئے اس کے پیش پس ابعاد کے متعلق بہت مغالطہ خیز خیالات پیدا ہو گئے ہیں۔ دانٹوں کی محراب سے لیکر مری کی ابتداء تک کا فاصلہ تقریباً ۶ تا ۷ انچ ہوتا ہے۔ اور اس پیمائش کو اجسام غریبہ کے نکالنے وقت یاد رکھنا چاہئے۔ بلعوم میں جو اجسام غریبہ داخل ہو جاتے ہیں انکے حلقئی غضروف کے لیول پر اکٹھ جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ اور یہ مقام بالغ میں انگلی کی پہنچ سے ذرا آگے ہوتا ہے۔ بلعوم میں اجسام غریبہ کے اکٹھ جانے کی روفا دس سے معلوم ہوتا ہے کہ یہ کہف بہت اتساع پذیر ہے۔ اور اس میں بڑی بڑی چیزوں کے کچھ عرصہ تک موجود رہنے کی گنجائش موجود ہے۔ بلعوم کی دیواریں کھوپری کے قاعدہ اور اوپر کے چھ عقی فقرات سے علائقہ کرتی ہیں۔ اطلس (atlas) کی محراب اور حنک العصب تقریباً ایک ہی خط میں ہوتے ہیں۔ اور محور (axis) اوپر کے دانٹوں کی آزاد کور کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ بلعوم کا انتہائی سراچھلے عقی فقرہ کا متناظر ہوتا ہے۔ جہاں تک مقدم سطح کا تعلق ہے بالائی فقرات کا امتحان منہ میں سے کیا جاسکتا ہے۔ جب بلعوم کے قریب کی ہڈیوں میں مرض نمودار ہوتا ہے تو متختر حصے اس کہف میں سے خارج ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ اطلس (atlas) اور محور (axis) کے حصے منہ میں سے باہر نکل چکے ہیں۔ نیز قذالی اور وندی ہڈیوں کے مقابلہ بڑے بڑے ٹکڑے بھی اسی طرح خارج ہو چکے ہیں۔

بلعوم کی غشائے مخاطی عرق دار ہوتی ہے اور باسانی ملہب ہو جاتی ہے اور ایسے التهابات اسلئے کہ انکے خنجرہ کی استری غشائیت مصل جانے کا امکان ہوتا ہے، خاص طور پر خنجرانک ہوتے ہیں۔ بسنچہ نامکی شکلوں (aryteno-epiglottic folds) اور بلعوم کے اس حصے کو جانکے قرب وجوار میں ہوتا ہے زیر مخاطی بافت خاص طور پر ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور یہی حالتوں میں خنجرہ کا بالائی روزن بعض اوقات تقریباً بند ہو جاتا ہے۔

## بلعومی عطفہ (pharyngeal diverticulum) گاہے گاہے اس کی

موضر دیوار سے اس کے زیر ترین حصہ پر جہاں یہ مری سے مل جاتا ہے یعنی حلقئی غضروف (cricoid cartilage) اور چھلے عقی فقرہ کے لیول پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہاں یعنی بلعوم کے تنگ ترین حصہ پر کوئی بڑا سالتھہ پیچھے کی طرف کو دب سکتا ہے۔ اور یہ وہ مقام ہے جہاں ممکن ہے کہ

تحتانی مضیق (inferior constrictor) اور مرلوی (oesophageal) عضلات کے درمیان کوئی کمزور جگہ موجود ہو اس حالت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ میں سے غشاء مخاطی کا فتق پیدا ہو جاتا ہے۔ اور یہ اپنے مشمولات کے دباؤ سے نیچے کی طرف کو بتدریج بڑھتا چلا جاتا ہے۔ یہ ہمیشہ نہیں بلکہ عام طور پر بائیں جانب پر پیدا ہوتا ہے اور انجام کار یہ اتنا بڑا ہو جاتا ہے کہ جس پندیر ورم کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور اسکا منہ بالائی مرلوی دہنہ سے بڑا ہو جاتا ہے۔ اور اسلئے غذا اور تشخصی اذراں ہر دو کاربجان مری کی نسبت اس علقہ میں داخل ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے۔ اس قسم کے علفات کے مشمولات بہت بدبودار ہوتے ہیں۔ لہذا عملیہ کرتے وقت اس جیب کو اکثر دو مراحل میں علحدہ کیا جاتا ہے۔ پہلے مرحلہ میں تاجہ منکشف لگایا جاتا ہے اور زخم میں سے باہر نکال لیا جاتا ہے اور دوسرے میں اتنا عرصہ گزرنے کے بعد اسے دور کر دیا جاتا ہے جتنا کہ اربعی بافت کے پیدا ہونے اور اتصالی ستویوں کے بند ہو جانے کے لئے کافی ہو۔ اس طرح انتشار سرائت جو نیچے کی طرف گردن یا شائد منصف ہائے صدری میں ہو جائے رک جاتا ہے۔

184

بلعوم کی غشاء مخاطی میں بہت سی غدہ آسما بافت (adenoid tissue) منقسم

ہوتی ہے! اور التهاب بلعوم (pharyngitis) کے مختلف اقسام میں یہی بافت التهاب کا ابتدائی محل ہوتی ہے۔ انفی بلعوم (nasopharynx) کی چھت میں غدہ آسما بافت کا ایک نمایاں اجتماع یعنی بلعومی لوزہ (pharyngeal tonsil) پایا جاتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ ۱۲۱)۔ یہ دبیر غشاء مخاطی میں مدفون ہوتا ہے اور ناک کے فاصل کے قاعدہ سے لیکر کھوپری کے قاعدی زائده کے نقطہ وسطی تک پہنچتا ہے۔ لوزہ کے مرکز پر ایک شقاق یا انخفاص کا نشان ہوتا ہے جو غشاء مخاطی کے دو یا تین ٹکٹوں سے جنہیں غدہ آسما بافت بافراط موجود ہوتی ہے گھرا ہوتا ہے۔ تقریباً دسویں سال میں یہ اپنی اعظم جسامت تک پہنچتا ہے۔ جانب پر یہ ان گوشوں کی طرف چلا جاتا ہے جو یوسٹیکین (Eustachian) نلیوں کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ بعض اوقات یہ ان گوشوں کے اوپر تک چلا جاتا ہے اور اس طرح مذکورہ نلیوں کے آزاد فتوح کو بند کر دیتا ہے۔ غدہ آسما بافت کے اس مطروح میں بعض اوقات بیش پرورشی تغیر واقع ہو جاتا ہے اور وہ حالت پیدا ہو جاتی ہے جو "غده آسما روئیدگی" (adenoid vegetations) یا "پس انفی بالیدوں" (post-nasal growths) کے نام سے موسوم ہے۔ ان بالیدوں سے بہراپن پیدا ہو سکتا ہے اور بعض اوقات

موضر مخفرین بھی بند ہو جاتے ہیں۔ انکو عملیہ سے دور کرنے کی ضرورت ہوتی ہے اور ان کی رسد چھوٹی چھوٹی شریانوں سے آتی ہے جو داخلی فکی شریان (ویدیوسی: Vidian) اور جنینی تنگی (pterygo-palatine) اور صعودی بلعومی (ascending pharyngeal) سے نکلتی ہیں۔ انکی وریدیں بلعومی صفیرہ سے ملتی ہیں اور انکے عروق لف پس بلعومی غدو میں سے ہو کر عمیق عنقی غدو میں جا کر خالی ہوتے ہیں۔

بلعومی دیواروں کی باہر کی جانب کے ساتھ کی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور یہ انتشار انصباب کی مساعدت کرتی ہے۔ چنانچہ یہ مشاہدہ میں آچکا ہے کہ بلعوم کے حاد التهاب میں انصباب مری کے ساتھ ساتھ منتشر ہوتا ہوا موضر منصف تک پہنچ جاتا ہے اور نیز ڈایا فرام تک بھی بڑھ جاتا ہے۔

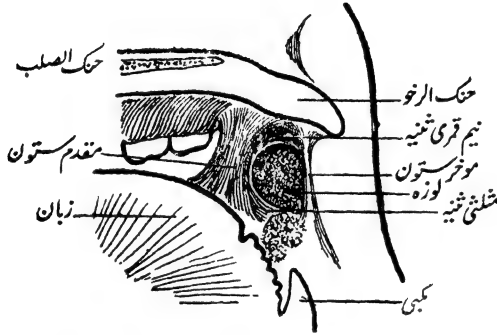
185

بلعوم کے پیچھے جو ڈھیلی ڈھالی بافت موجود ہوتی ہے اس میں پس بلعومی خراج کی

دوا اہم قسم پیدا ہو سکتی ہیں۔ شکل ۲۹ صفحہ 201 کے متعلق اگر یہ تصور کر لیا جائے کہ یہ گردن کی ایک بلند تر لیول پر کی تراش ہے تو اس سے یہ ظاہر ہوگا کہ بلعوم کے پیچھے کچھ فضائی بافت موجود ہے جس میں عروق لف اور لمفی غدو موجود ہوتے ہیں اور اسکے پیچھے پیش فقری ردا اور پیش فقری عضلات اور عنقی عمود کی ہڈیاں ہیں۔ پس بلعومی خراج خاص کر بچوں میں پیش فقری ردا کے آگے کی لمفی بافت میں پیدا ہو سکتا ہے یا اور یہ بلعومی دیوار کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے جس سے تنکالہ تنخو منخفض ہو جاتا ہے اور یا بھر نمودار ہو جاتا ہے۔ ایسا خراج بالعموم حاد اور غیر تدرنی ہوتا ہے اور ہڈی سے اسکا تعلق نہیں ہوتا۔ اسکو منہ میں سے کو لکڑا اسکا تخلیکہ کیا جاسکتا ہے بشرطیکہ سانس کے ذریعہ سے پیپ کے اندر نہ جانے کے متعلق احتیاط کیجائے۔ خراج کی دوسری قسم شوک کے تدرنی مرض سے پیدا ہوتی ہے۔ اور یہ پیش فقری ردا کے پیچھے واقع ہوتی ہے۔ چونکہ خراج کو عفونت دار منہ میں سے کھولنے سے اس میں مظلوط سرائت کا پیدا ہونا یقینی ہوتا ہے جس سے شوکی مرض شدید ہو جاتا ہے اسلئے دہنی راستہ ہرگز اختیار نہ کرنا چاہئے۔ مولہ بالا شکل کو بار دیگر دیکھنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ اس قسم کے خراج کو عضلہ قصیرہ حلیہ (sterno-mastoid) کے پیچھے نیچکاف دینے اور اس عضلہ اور باقی غلاف (carotid sheath) اور پیش فقری ردا کو آگے کی طرف کو کھینچنے کے بعد چھٹی یا پچھاری کی ٹوٹی داخل کرنے سے خالی کیا جاسکتا ہے (اور بعد میں بند بھی کیا جاسکتا ہے)۔

بہت سی اہم ساختیں بلعوم کی جانبی دیوار سے علاقہ رکھتی ہیں! ورنہ انیس سے زیادہ اہم

داخلی سباتی (internal carotid) شریان عصب تائبہ (vagus) لسانی بلعوی (glosso-pharyngeal) اور تحت اللسانی (hypo-glossal) اعصاب ہیں (شکل ۳، صفحہ ۱۸۴)۔ داخلی سباتی شریان بلعوم کے اتنی نزدیک ہوتی ہے کہ منہ میں انگلی ڈالکر اسکا نبضان محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ اور گردن کی دوسری عمیق ساختیں بعض اوقات ایسے اجسام غریبہ سے جو منہ کے اندر کی طرف سے بلعوم میں سے عنقی یافتہ ہیں داخل کر دئے جائیں زخمی ہو سکتی ہیں۔ داخلی و داجی (internal jugular) ورید بلعوم سے خاصکر اسکے بالائی حصہ میں



شکل ۳۵۔ حلقوم کے ستونوں اور لوزہ کی تصویر۔

کچھ فاصلہ پر ہوتی ہے (شکل ۳، صفحہ ۱۴۸)۔ زائد ابریہ (جس حالت میں کہ یہ نمایاں ہو) اور نیز متعظم ابری لامی (stylo-hyoid) رباط بھی لوزہ کے عین پیچھے بلعوم کی جانب پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ ایک سے زائد واقعات میں متعظم رباط غلطی سے جسم غریب تصور کر لیا گیا ہے اور اس کے استیصال کی کوشش کی جا چکی ہے۔

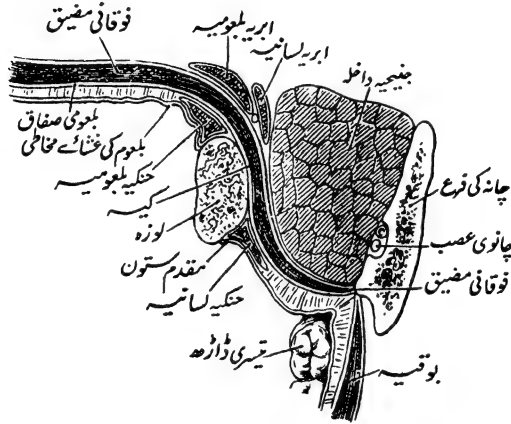
186

**لوزہ** (شکل ۳۵ و ۳۶) مقدم و مؤخر حنکی محرابوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ باہر کی طرف یہ فوقانی مضیق (superior constrictor) عضلہ سے تعلق رکھتا ہے (شکل ۳، صفحہ ۱۴۸)۔ اور جہاں تک اسکی سطح کا تعلق ہے یہ نیچے کے جڑے کے زاویہ کا متناظر ہوتا ہے۔ جب اسیں بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے تو اس تودہ کا رجحان خط وسطی کی جانب بڑھنے کی طرف ہوتا ہے



جہاں اسے کوئی مزاحمت پیش نہیں آتی اور اس کے خارجی تعلقات پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔ گردن کا وہ تودہ جو اکثر غلطی سے کلانی یافتہ لوزہ تصور کر لیا جاتا ہے، بن کلانی یافتہ غد سے جو عظم لامی کے قرن اعظم کی نوک پر اور داخلہ و داخلی (internal jugular) ورید کے اوپر واقع ہوتے ہیں بنا ہوتا ہے۔ یہ غد لوزی عروق لمف و مصل کرتے ہیں۔ اور جملہ لوزی عوارض میں یہ تقریباً ہمیشہ کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ یہ امر کہ جب عنقی غد و تدرن زدہ ہوتے ہیں تو پہلے پہل

187



شکل ۳۶۔ لوزہ اور اسکے کیسہ اور تونہائے حلقوم میں سے افقی تراشش۔

انہی غد میں کلانی واقع ہوتی ہے، لوزہ کے ابتدائی سرایت کا ایک عام محل ہونے کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

لوزہ بلعومی دیوار سے اتنی مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے کہ یہ بلعومی عضلات کے حرکات متاثر ہوتا ہے (شکل ۳۶)۔ چنانچہ نگلنے کے فعل کے دوران میں فوقانی مضیق عضلا اس کو اندر کی طرف کو حرکت دیتا ہے، اور بخلاف اسکے عضلا ابریہ لمبوسہ (stylo-pharyngeus) سے یہ باہر کی جانب کو کھینچ سکتا ہے۔ غد تک جس آسانی سے رسائی ہو سکتی ہے اس کا انحصار بشرطیکہ دوسری حالتیں مساوی ہوں اس امر پر ہے کہ عضلا ابریہ لمبوسہ (stylo-pharyngeus) سے یہ کس حد تک کھینچ سکتا ہے۔

اور مقدم حنکی محراب جو اسکو کیقدر پوشیدہ کر دیتی ہے کتنی نمایافتہ ہے۔ جس بچہ کی مقدم حنکی محراب نمایاں ہو اور عضلہ حنکیہ لسانیہ (palato-glossus) جو اس میں موجود ہوتا ہے بخوبی نمایافتہ ہو اور اسکا عضلہ اریلیومویہ (stylo-pharyngeus) ملتا قوتور ہو زری گلوٹین (guillotine) بعض اوقات بہت عرصہ تک کارگر نہیں ہوتا۔ تاہم لوزہ سالم معہ منضم کیہ کے نکالا جاسکتا ہے اور اسے نکالنا بھی اسطرح چاہئے جس حد تک لوزہ ستونوں کے لیول سے اوپر بڑھا ہوتا ہے اس سے اسکی حقیقی جسامت ظاہر نہیں ہوتی (پائی بس: Pybus)۔

لوزہ کی شکل اختلاف پذیر ہوتی ہے اور یہ اکثر تین تودوں میں منقسم ہوتا ہے۔ اوکثیر التعداد ملاتہ جات کے علاوہ اسکے بالائی حصہ میں جہاں مقدم اور موخر ستون حنک الرخو سے ملتے ہیں ایک گوشہ یا جیب — لوزی گوشہ (tonsillar recess) — بھی ہوتی ہے۔ یہ گوشہ اُس پہلی حنوی درز کا جس میں لوزہ نے نمو پایا تھا بقید حصہ ہوتا ہے (سکلب ہٹ: Seccombe Hett)۔ مقدم ستون سے غنائے مخاطی کا ایک واضح اور باریک شکن پیچھے کی طرف کو جا کر لوزہ پر ختم ہوجاتا ہے۔ ششمنیہ مثلثی (plica triangularis) (شکل ۴۵) — اور ایک اور شکن بھی بعض اوقات لوزی گوشہ کے اوپر سے ستونوں کو ملا دیتا ہے (شمنیہ ہلالی: plica semilunaris)۔ لوزہ فوقانی مضیق (superior constrictor) سے ایک باریک لینی کیہ کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے (شکل ۴۶)۔ اس کے عروق لمف عضلہ مضیق کو مشتبہ کرتے ہیں۔ لوزہ کی دو بڑی قسمیں سلیم کبجی ہکتی ہیں: مدفون (embedded) جس میں غدہ آسا بابت میں ستونوں کے لیول کے نیچے زیادتی واقع ہوجاتی ہے اور مُظَلّ (projecting) جس میں یہ زیادتی زیادہ تر کشف حصہ میں پائی جاتی ہے۔ (ایس۔ ہٹ: S. Hett)۔ کلانی یافتہ لوزہ اکثر بلعوم میں بخوبی تظلیل کراتا ہے! اور اس کے آزاد سرے کا رقبہ اس کے قاعدہ یعنی مدفون حصہ سے زیادہ ہوتا ہے لہذا لوزہ کو گلوٹین (guillotine) کے حلقہ میں داخل کرنے کے لئے حلقہ کو مثلث لوزہ پر نیچے سے اوپر کی طرف کو پرو لیا جائے اور پھر اسے اس طرح پھرا دیا جائے کہ چاقو زیادہ انتصابی سمت میں آجائے۔

**عاذور (quinsy)** میں فوق لوزی گوشہ میں خراج نجاتا ہے اور حنک الرخو میں سے یہ نہایت مؤثر طریقہ سے کھولا جاسکتا ہے۔

جب لوزہ بیش پروردہ ہو جائے تو بہرے پن کی بھی شکایت کی جاتی ہے۔ یہ بہرہ اپن یوسٹیکین نلیوں (Eustachian tube) کے کلانی یافتہ تودہ کے بلا واسطہ دباؤ سے بند ہوجانے سے

پیدا نہیں ہوتا۔ ایسے دباؤ کا پیدا ہونا تشریحی نقطہ نگاہ سے نامکن ہے۔ مگر غلیم الجسامتہ لوزہ جنک ارگو میں خلل انداز ہونے کی وجہ سے نالی کے انفتاح پر اثر کرتا ہے اور اس کی وساطت سے عضلہ ناشرالحنک (tensor palati) بھی متاثر ہو جاتا ہے جو یوسٹیکین (Eustachian) نلی کو کھلا رکھنے سے تعلق رکھتا ہے۔ ایسی حالتوں میں بہرا پن دباؤ کے اثرات سے پیدا ہونے کی بجائے غالباً بیش پرورشی عمل کے استری غشائیک پہنچ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔ کیونکہ لوزہ کے دور کرینے کے کچھ عرصہ بعد تک بھی اس میں کچھ اصلاح نہیں ہوتی۔

لوزی بافت متعدد لحاظات کے ارد گرد زیادہ تر مجتمع ہوتی ہے (شکل ۴۶)۔ ان گوشہ جات میں محسوس سرحلی ساختوں کے تحلیل ہو جانے سے سانس بدبودار ہو جاتا ہے جیسا کہ لوزہ کے کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں اکثر پایا جاتا ہے اور التهاب کے حملہ کو بھی جس کے ایسے لوزہ پر ہونے کا احتمال ہوتا ہے شاید یہی تحریک دیتا ہے۔ ان لحاظات میں بعض اوقات حصیات بھی بنجاتے ہیں اور ان سے شنجی کھاسی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں لسانی (بلعومی - glosso-pharyngeal) عصب درآرسوق کو تنفسی مرکز تک لیجا جاتا ہے۔

لوزہ کثیر العروق ہوتا ہے اور اس کو خون وہی شریان کی لوزی اور جنکی شاخوں سے اور داخلی فکی (internal maxillary) کی نزولی فکی (descending palatine) شاخ سے اور لسانی شریان کی شاخ ظہر لسانی (dorsalis linguae) اور صوخی بلعومی (ascending pharyngeal) سے آتا ہے۔ لہذا لوزہ کو دور کرنے کے عمل میں اکثر بہت سائزف واقع ہوتا ہے۔ داخل سباتی (internal carotid) شریان بلعوم کے قریب واقع ہوتی ہے۔ مگر اس غدہ سے کسی قدر پیچھے ہوتی ہے (شکل ۴۳ صفحہ ۱۴۸)۔ یہ عرق در حقیقت جسم مذکور سے تقریباً ۱/۲ انچ پیچھے ہوتا ہے اور لوزہ کے استعمال کے دوران میں اس کے زخمی ہونے کا نسبتاً کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ داخل وداچی (internal jugular) ورید لوزہ سے معتد بہ فاصلہ پر واقع ہوتی ہے۔ وہی شریان اپنے عنتی درجہ میں لوزہ کے قریب واقع ہوتی ہے۔ اہم عنتی ساختوں میں سے لسانی بلعومی (glosso-pharyngeal) عصب لوزہ سے قریب ترین ہوتا ہے۔ مزید برآں صعودی بلعومی عرق بھی اس سے قریبی علاقہ فرکتا ہے۔ اگرچہ یہ عرق چھوٹا سا ہوتا ہے مگر اس کا جریان خون ہلک ثابت ہو چکا ہے۔

لوزہ میں اکثر جمیٹ بالیدیں مثلاً سرحلی سلعات اور لمفی لحمی سلعات بھی پیدا

ہو جاتے ہیں۔ ایسے سلعات منہ میں سے دور کئے جا چکے ہیں، مگر ان کا تدارک عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) کی مقدم کور کے ساتھ ساتھ گردن میں نکٹاف دینے سے زیادہ مناسب طور پر کیا جاسکتا ہے (عملیہ چیور: Cheever's operation)۔

# بازم گردن

زیر چانوی خط میں جلد ڈھیلی اور باریک ہوتی ہے۔ لہذا منہ کے نزدیک ترقیعی عملیات میں یہ دامن بنانے کے لئے کارآمد ہوتی ہے۔ عضلہ منتشرہ (platysma myoides) اوپر کی طرف جبرٹے سے پسپیدہ ہوتا ہے اور غرق جلد سے بخوبی ملا ہوتا ہے۔ زیر جلدی شحم کی مقدار گردن کے مختلف حصوں میں بہت مختلف ہوتی ہے۔ فوق لامی خط میں اس میں نموکے بافراط پائے جانے کا امکان ہوتا ہے اور اس سے ایک منتشر شحم سلعی مطروح پیدا ہو جاتا ہے۔ جو غبغبہ (double chin) کے نام سے موسوم ہے۔ اسی طرح کے ایک منتشر شحمی تغیر کے زیر فذالی خط میں پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے اور نقص المقام کیسہ بند شحمی سلعات میں کم اور گردن اور فوق ترقوی خط جات میں واقع ہونے کا بہت میلان پایا جاتا ہے۔ یہ سلعات زیر قلی اور سباتی (carotid) مثلثوں میں نادر الوقوع ہیں۔

گردن کی گڈی پر جلد موٹی اور منضم ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ دسیلوں (furuncles) اور شب چراخوں (carbuncles) میں جو اس محل پر خا صکر ذیابیطس اور الہتاب گردہ کے مریضوں میں پائے جاتے ہیں آتنا شدید درد ہوتا ہے۔

سطحی تشريح - عظمی نقاط - مندرجہ ذیل متناظر لیول خاصکر شعاع نگاری کی عکسی تصویروں کے پڑھنے کے سلسلہ میں دلچسپی رکھتے ہیں۔

عظم لامی (hyoid bone) چوتھے عنقی فقرہ اور لسانی ثریان کے خارجی سبباتی (external carotid) سے نکلنے کے مقام کی متناظر ہوتی ہے۔

درقی غضروف کا بالائی کنارہ چوتھے فقرہ کے بالمقابل مشترک سبباتی (common carotid) کے دو شاخوں میں تقسیم ہونے کے لیول کو ظاہر کرتا ہے۔

حلقی غضروف (cricoid cartilage) ان مقامات کا متناظر ہے:۔ چھٹے عنقی فقرہ کا بالا اور اس مقام کا جہاں مشترک سبباتی ثریان عضلہ کتفہ لامیہ (omo-hyoid) کو عبور کرتی ہے، اور فقری ثریان کے فقری ثریانی مورخ (vertebrarterial foramen) میں داخل ہونے کے مقام کا، اور شے سے نیک (Chassaignac) کے سبباتی درز کے لیول کا جس کے بالمقابل مشترک سبباتی ثریان کو زف کی فوری ضرورت میں مضبوط کیا جاتا ہے اور قفس (sternum) کا بالائی حاشیہ دوسرے اور تیسرے ٹھری فقرات کے درمیانی قفس کے لیول پر ہوتا ہے۔

گردن کی پشت پر ایک وسطانی طولی میزاب ہوتا ہے جو قفائینہ (inion) سے لے کر ان فرازات کے درمیان سے جو ہر ایک جانب کے عضلہ منخرفس (trapezius) اور عضلہ مرکبہ (complexus) سے بنتے ہیں نیچے کی طرف کو آتا ہے۔ اسکے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے محور (axis) کا شوکہ ظاہر ہوگا اور اسکے نیچے وہ جید ظاہر ہوتا ہے جو تیسرے چوتھے پانچویں اور چھٹے عنقی فقرات سے بنتا ہے مگر شوکہ جات بالعموم فرداً فرداً تمیز نہیں کئے جاسکتے۔ گردن کی جڑ پر فقرہ مرتفعہ (vertebra prominens) کا شوکہ عام طور پر بہت نمایاں ہوتا ہے۔

اطلس (atlas) کا مستعرض زائده زائده حلیہ (mastoid process) کی نوک کے عین نیچے اور سامنے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ شوکی معین (spinal accessory) عصب اس زائده کے اوپر سے یا اس کے نیچے سے گزرتا ہے فوق ترقوی فخرہ (supraclavicular fossa) کے بالائی حصہ میں گہرا دباؤ ڈالنے سے ساتویں عنقی فقرہ کا مستعرض زائده شناخت کیا جاسکتا ہے۔ عضیل گردن کی افقی تراش میں جو چھٹے عنقی فقرہ کے لیول کے قریب سے لیگی ہو اسی فقرہ کا تمام جسم تراش کے مقدم نصف میں دکھائی دیتا ہے۔

**خط وسطی۔** زیر ذقنی (submental) خطہ میں عظم لامی (hyoid bone) کا جسم

اور قرن اعظم محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور اس سے ایک انگلی کی چوڑائی بھر نیچے درقی غضروف اور

اس سے نیچے ملتی (cricoid) غضروف، ملتی درتی فضا (cricio-thyroid space) اور قصبہ (trachea) شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتا جاتا ہے عمقی ہوتا جاتا ہے۔ چنانچہ قص کے بالائی کنارہ پر یہ سطح سے تقریباً ۱ انچ دور ہوتا ہے فجہ اللز (rima glottidis) درتی غضروف کے مقدم حاشیہ کے وسط کا تناظر ہوتا ہے۔

198

غده درتیه (thyroid gland) تاوفیکہ کلانی یافتہ نہ ہو بلاتخصیق شناخت نہیں کیاجاتا  
اسکی خاکائے (isthmus) قصبہ (trachea) کے دوسرے تیسرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے۔

مقدم وداجی وریدیں (anterior jugular veins) خط وسطی کی ہر ایک جانب ہر عضلات قصیہ (sterno-hyoid muscles) پر سے اترتی ہیں۔ یہ زیر چانوی خط میں شروع ہوتی ہیں اور ترقوہ کے اندرونی سرے کے عین اوپر رد کو منتشر کرتی ہیں عضلہ قصیہ (sterno-mastoid) کے مبداء کے نیچے سے گزر کر خارجی داجی (external jugular) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ مقدم درتی وریدیں قصبہ (trachea) کے سامنے خاکائے کے نیچے واقع ہوتی ہیں۔

## گردن کی جانب (شکل ۴) - عضلات - عضلہ قصیہ

(sterno-mastoid muscle) خاص کر دبلے اشخاص میں اور جبکہ یہ فعل کر رہا ہو لکینایاں خصوصیت رکھتا ہے۔ مریض کے ٹھڈی کو دوسری جانب اور نیچے کی طرف کو پھرانے سے جبکہ متعین کام ایسی حرکت کی مزاحمت کر رہا ہو یہ عضلہ نمایاں کیا جاسکتا ہے۔ اس طرح یہ معلوم کیا جاسکتا ہے کہ آیا کوئی زیر بحث ورم اس عضلہ کے نیچے سے گزرتا ہے یا اوپر سے، اور آیا یہ اس سے آزاد ہے یا اس سے چسپیدہ۔ ایک رابطہ شاخ جو وحی و رید سے آتی ہے عام طور پر اس عضلہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور مقدم وداجی ورید سے گردن کے نیچے کے حصہ پر مل جاتی ہے۔ اگر اس عضلہ کے قسمی اور ترقوی حصوں کے درمیانی وقفہ میں سے جو بالعموم بخوبی نمایاں ہوتا ہے ترقوہ کے عین قریب سے ایک سوئی جھونک دیجائے تو یہ دائیں جانب پر اس مقام کو چھوئیگی جس پر لاسمی شریان دوشاخوں میں تقسیم ہوتی ہے اور بائیں جانب پر یہ سباتی عرق (carotid vessel) کے پار ہو جائے گی۔ دوشکمی عضلہ (digastric) کا موخر شکم اس خط کا تناظر ہوتا ہے جو زائده حلیہ (mastoid process) سے عظم لامی (hyoid bone) کے مقدم حصہ تک پہنچا جاتا ہے۔

عضلہ کتفییہ لامیہ (omo-hyoid) کا مقدم شکم اس ترچھے خط کی متابعت کرتا ہے جو عضلہ  
شکل ۴۷۔

194

یہ تصویر گردن کی جانب ۱

سامنے کی طرف کی جانگھا

ظاہر کرتی ہے۔

(پیشترمان: leitzmann)

کے مطابق)۔

۱۔ پس اذینی شریان۔ ۲۔ و ۳۔

عصب۔ ۳۔ عضلہ قصیہ

۴۔ قذالی شریان۔ ۵۔ داخ

سبائی شریان۔ ۶۔ شوکی معیر

عصب (عضلہ قصیہ علیہ میں)

گزرتا ہے)۔ ۷۔ داخلی و داخ

ورید۔ ۸۔ عضلہ ابریہ لامیہ

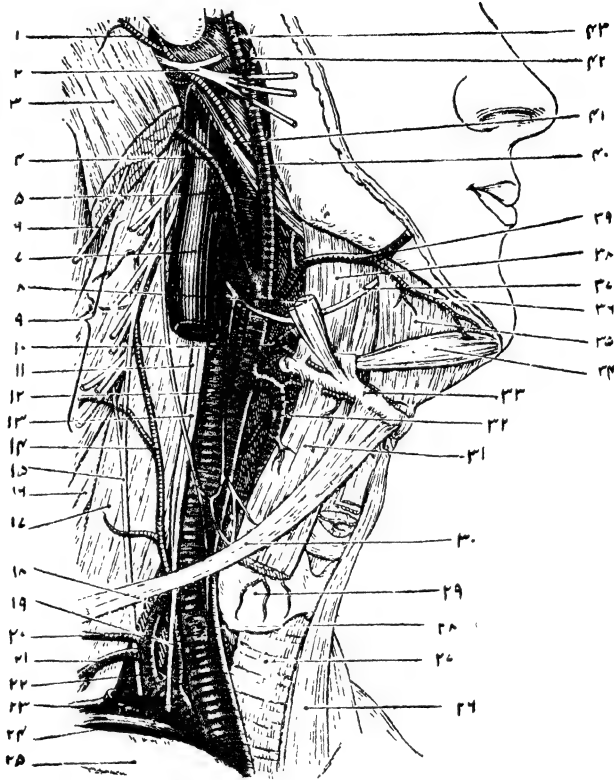
۹۔ عقیقی ضغیرہ۔ ۱۰۔ رسانی شریان

۱۱۔ جیل شارکی۔ ۱۲۔ نزولی

تحت اللسانی عصب۔ ۱۳۔ عصب

تائیہ۔ ۱۴۔ معودی منقی شریان۔

۱۵۔ ڈایا فرامی عصب۔



- ۱۶۔ عضدی ضغیرہ۔ ۱۷۔ عضلہ مختلف الاصلع مقدم۔ ۱۸۔ تحتانی درقی شریان۔ ۱۹۔ فقری شریان۔ ۲۰۔ مستعرض  
منقی شریان۔ ۲۱۔ فوق کتفی شریان۔ ۲۲۔ درقی مخوری شریان۔ ۲۳۔ زیر قوی شریان۔ ۲۴۔ زیر قوی وید۔ ۲۵۔  
ترقوعہ۔ ۲۶۔ عضلہ قصیہ لامیہ۔ ۲۷۔ قصیہ۔ ۲۸۔ مشترک سبائی شریان۔ ۲۹۔ درقی نندہ۔ ۳۰۔ عضلہ کتفییہ لامیہ۔  
۳۱۔ عضلہ قصیہ درقیہ۔ ۳۲۔ فوقانی درقی شریان۔ ۳۳۔ عظم لامی۔ ۳۴۔ دوقی عضل (مقدم شکم)۔ ۳۵۔ عضلہ جانیہ  
۳۶۔ زیر قوی شریان۔ ۳۷۔ تحت اللسانی عصب۔ ۳۸۔ عضلہ لامیرانیہ۔ ۳۹۔ وجمی شریان۔ ۴۰۔ خاز  
سبائی شریان۔ ۴۱۔ عضلہ ابریہ بلومیہ۔ ۴۲۔ اندرونی کفی شریان۔ ۴۳۔ سطحی صدغی شریان۔



اگلے حصہ سے نیچے کی طرف سباتی شریان (carotid artery) کے خط کو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل قطع کرتا ہوا کمینچا جائے۔ اسکا موخر شکم پتلی گردنوں میں خاصکر جبکہ یہ فعل کر رہا ہو ترقوہ سے عین اوپر اور اسکے تقریباً متوازی گزرتا ہوا شانت کی جھکتا ہے۔ اگرچہ عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) اور عضلہ مختلف الاصلع مقدم (anterior scalene muscle) کے موخر کناروں کا رخ بالکل ایک سانہیں ہوتا مگر پھر بھی یہ ایک دوسرے کے تقریباً متناظر ہوتے ہیں۔

- 195 عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) کی عصبی رسد شوکی معین (spinal accessory) عصب اور دوسرے اوزنیرے عنتی اعصاب سے حاصل ہوتی ہے (صفحہ 198)۔ تدرن زدہ غد دکا اور خاصکر ان غد دکا استیصال کرتے وقت اسکو ضرر پہنچ جاتا ہے جو داخلی وداجی ورید پر جبرے کے زاویہ کے پیچھے واقع ہوتے ہیں جہاں شوکی معین عصب (spinal accessory) کے گرد غدی التهابی بافت (periadeninitic tissue) میں پس جس جانے کا احتمال ہوتا ہے۔

کم عمر بچوں میں بعض اوقات اس عضلہ میں ایک محکم سلعہ پایا جاتا ہے اور یہ اس دموی سلعہ کے تعضیہ کا نتیجہ ہوتا ہے جو بوقت پیدائش اسکے ریشوں کی دریدگی سے پیدا ہو جاتا ہے۔

## عروق مشترک سباتی شریان (common carotid artery) اس خط سے

ظاہر کی جاتی ہے جو قسمی ترقوی جوڑ سے لیکر چانہ کے زاویہ اور حلی زائدہ کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی تک کمینچا جائے۔ یہ عرق درقی غضروف کے بالائی کنارہ پر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے اور کبھی کبھی یہ اس نقطہ سے ۱/۲ انچ اوپر بھی مقسم ہوتا ہے۔ عضلہ کفیدہ لامیہ (omo-hyoid) اس کو حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے بالمقابل یعنی چٹھے عنتی فقہ کے لیول پر عبور کرتا ہے۔ اور تقریباً اسی مقام پر اس شریان کو وسطی درقی ورید بھی کائی ہوئی گزرتی ہے۔ داخلی وداجی ورید (internal jugular vein) کا خط برای شریان کے خط سے عین باہر کی طرف ہوتا ہے۔ شریان اور ورید دونوں عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) کے مقدم کنارہ کے نیچے واقع ہوتی ہیں اور عمومی سباتی غلاف (general carotid sheath) میں بند ہوتی ہیں، جو عنتی عنتی رداسے حاصل ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 202)۔ اس غلاف میں مشترک

سباتی شریان (common carotid artery) (جو اپنے اصلی غلاف میں بند ہوتی ہے)،  
داخلی و دارجی ورید (internal jugular vein) اور عصب تانیہ (vagus) موجود  
ہوتے ہیں۔ موخر الذکر شریان اور ورید کے درمیان اور پیچھے سے نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔ نزولی  
تحت اللسانی عصب (descendens hypo-glossi nerve) غلاف کی مقدم دیوار کے  
ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو جاتا ہے اور اسکے پیچھے عضلہ عنقیہ لویل (longus colli) پر یعنی شریانی  
جبل (cervical sympathetic cord) واقع ہوتی ہے۔

چوتھے عقیقہ کے لیول پر یعنی درقی غصروف کے بالائی کنارے پر مشترک سباتی  
(common carotid) شریان خارجی سباتی اور داخلی سباتی شریانوں میں  
تقسیم ہو جاتی ہے۔ قبل الذکر موخر الذکر سے وسطانی اور مقدم تعلق رکھتی ہے اور نیز شاخوں کی  
موجودگی سے یہ اس سے تیز کیجا کھتی ہے۔

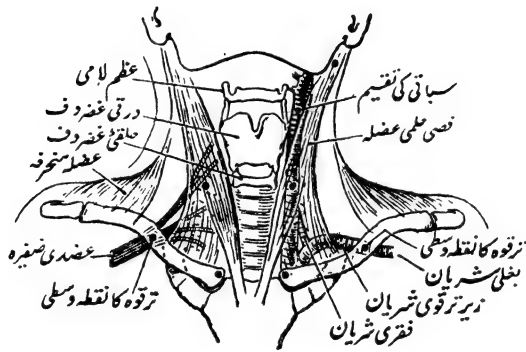
عظم لامی (hyoid) کے قرن اعظم کے لیول پر لسانی شریان (lingual artery)  
خارجی سباتی (external carotid) سے نکلتی ہے۔ فوقانی درقی (superior thyroid)  
کا مبدا اس سے نیچے اور وجہی شریان (facial artery) کا اس سے عین (و پر ہوتا ہے۔  
فوقانی درقی (superior thyroid) آگے کی اور نیچے کی طرف کو رخ کما کر درقی غصروف کی  
بالائی کور کی طرف چلی جاتی ہے۔ لسانی شریان عضلہ لامیانیہ (hyoglossus) (جو اوپر  
ہوتا ہے) اور عضلہ ذقنیہ لامیہ لسانیہ (genio-hyo-glossus) (جو گہرا ہوتا ہے) کی درمیانی  
بین فضا کی طرف بڑھنے سے پیشتر عظم لامی (hyoid) کے قرن اعظم کے موخر سرے سے اوپر ہمیشہ  
ایک چنبر بناتی ہے۔ اس مقام پر تحت اللسانی عصب (hypo-glossal nerve) جو عضلہ لامیہ  
لسانیہ (hyo-glossus) سے اوپری ہوتا ہے، شریان کے محل وقوع کے لئے رہنا کا کام دیتا ہے  
(شکل ۳۸ صفحہ ۱۵۱)۔

وجہی شریان (facial artery) بہت پیچیدہ ہوتی ہے۔ مگر اسکا عمومی ممر گردن  
میں اُس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو قرن اعظم کی ٹوک سے عین اوپر سے عضلہ مضغیہ (masseter)  
کے مقدم کنارہ تک کھینچا جائے۔ یہ زیر چانوی غده کے موخر قطب کے گرد گھوم جاتی ہے اور اس  
غده کو دور کرتے وقت اسکو باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ قذالی شریان (occipital artery)  
اُس خط کی متابعت کرتی ہے جو قرن اعظم کی ٹوک سے لیکر زائده حلیہ کے قاعدہ کو کٹا ہوا گزارا جائے۔

خارجی وداجی ورید (external jugular vein) اس خط کی متابعت کرتی ہے جو چانوی زاویہ سے لیکر ترقوہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے۔

زیر ترقوی شریان (subclavian artery) گردن کی جڑ پر ایک منحنی بناقی ہے (شکل ۴۸)۔ اس منحنی کا ایک سراقصی ترقوی جوڑ کا قناطر ہوتا ہے اور دوسرا ترقوہ کے نقطہ وسطی کا۔ منحنی کی چوٹی اس ہڈی سے تقریباً ۱ انچ اونچی ہوتی ہے۔ یہاں سے آگے بڑھ کر یہ پہلی پسلی کے بیرونی کنارہ پر ختم ہو جاتی ہے۔ بازو کی بڑی شریان کا عمومی عمر زیر ترقوی کے

197



شکل ۴۸۔ نیل عضلہ ضغیرہ، زیر ترقوی اور سباتی شریانوں کی سطحی ترسیم کو ظاہر کرتی ہے۔

ابتدائی منحنی کے بعد ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو ترقوہ کے وسط سے غسرا بی زائدہ (coracoid process) کے پاس سے گزرتا ہوا پیش مرفقی حقوہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر مبتعد ہوا اور ہاتھ مبطور ہو۔ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) زیر ترقوی شریان کو تین حصوں میں تقسیم کرتا ہے۔ پہلے حصہ تک جراحی نقطہ نگاہ سے مشکل سے رسائی ہو سکتی ہے، کیونکہ اسکے سامنے چوڑی واحسلی وداجی ورید (internal jugular vein) عصب تائیہ (vagus nerve) اور مشارکی کا ایک چنبر واقع ہوتے ہیں۔ دائیں جانب پر بازو دھڑی عصب (recurrent laryngeal nerve) اسکے پیچھے سے چنبر بنا تا ہے! اور بائیں جانب پر صدری قنات (thoracic duct) کی ڈلکا منا انتہا اس سے

قریبی تعلق رکھتی ہے۔ دوسرا حصہ عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے پیچھے ہوتا ہے، جو اسکی متناظر ورید کے دوسرے حصہ کو اس سے ملنہ کہتا ہے۔ تیسرا حصہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے بیرونی کنارہ اور پہلی پسلی کے بیرونی کنارہ کے درمیان ترقوہ کے وسطی ثلث کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ خارجی و داجی ورید اور عضلہ کتفیہ الامیہ (omo-hyoid) کا موضوع شکم اس سے مقدم تعلق رکھتے ہیں۔ زیر ترقوی ورید آگے اور نیچے ہوتی ہے اور عضد ضفیہ (brachial plexus) اوپر ہوتا ہے۔ اس ضفیہ کا سب سے نیچا کٹنا اکثر اس شریان کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ گراس وضع میں جمیں جارہ اس حصہ کے قرب و جوار پر عملیہ کے لئے رکھا جاتا ہے (یعنی سروٹرکمریض کی کمر کے پیچھے کر دیا جاتا ہے) ایسا معلوم ہوتا ہے کہ فصبی تنابھیل کر سیدھا آگے آجاتا ہے۔ فوری ضرورت کی حالت میں اس شریان کو ترقوہ کے اوپر سے نیچے کی اور پیچھے کی طرف دباؤ ڈالنے سے پہلی پسلی پر مضبوط کیا جاسکتا ہے جبکہ بازو اچھی طرح سے نیچے کی طرف کو کھینچا ہو۔ زیر ترقوی ورید شریان کے نیچے اور اس سے مقدم مستوی پر واقع ہوتی ہے، اور ساری کی ساری ترقوہ کے نیچے چھپی ہوتی ہے۔

فوق کتفی (suprascapular) اور ستعرض عنقی (transverse cervical) شریانیں ترقوہ کے متوازی جاتی ہیں۔ قبل الذکر ہڈی کے عین پیچھے ہوتی ہے اور مورال ذکر اس کے عین اوپر۔

**اعصاب**۔ گردن کے بڑے بڑے سطحی اعصاب کا محل چھ خطوط سے جو عضلہ قصبیہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے وسط سے کھینچے جاتے ہیں کافی اچھی طرح سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ اس نقطہ سے جو خط آگے کی طرف کو عضلہ قصبیہ حلیہ کے طولی محور کو زاویہ قائمہ پر کٹاتا ہوا کھینچا جائے وہ سطحی عنقی عصب (superficial cervical nerve) (جلدی عنقی عصب nervus cutaneus colli) کا متناظر ہوتا ہے۔ دوسرا خط جو اس عضلہ کو کٹاتا ہوا صیوان لالائ کے نیچے تک خارجی و داجی (external jugular) ورید کے متوازی کھینچا جائے وہ عظیم اذیعی عصب (great auricular nerve) کا متناظر ہوتا ہے اور تیسرا خط جو عضلہ قصبیہ حلیہ کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ چاندلی تک کھینچا جائے صغیر قذالی عصب (small occipital nerve) کے ممر کی نشاندہی کرتا ہے۔ ان خطوط کو اگر نیچے کی طرف اس طرح بڑھایا جائے کہ وہ قفس (sternum) ترقوہ کے وسطی حصہ اور اکرومی (acromian) کو کاٹتے ہوئے گذریں تو وہ فرداً فرداً مقدم سطحی

اور موخر فوق ترقوی اعصاب کو ظاہر کریں گے۔

نخاعی معین (spinal accessory) عصب و داجی سوراخ (jugular foramen) کے وسطی خانہ میں سے نکلتا ہے اور داجی وریڈ کے سامنے سے (اور بعض اوقات پیچھے سے) گزر کر اطلس کے مستعرض زائده کو اوپر یا عین نیچے سے کاٹتا ہوا عضلہ قصیہ حلیہ کی عمیق سطح میں داخل ہو جاتا ہے اور اسکے موخر کنارہ سے باہر ٹکڑ موخر مثلث کو عبور کرنے کے بعد عضلہ منحرف (trapezius) میں پہنچ جاتا ہے۔ اس کا مریوں ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ اطلس کے مستعرض زائده سے اس نقطہ تک جو عضلہ قصیہ حلیہ کی مقدم کور پر زائده حلیہ کی نوک سے ۲ انچ نیچے واقع ہو۔ یہاں سے زائده قصیہ حلیہ کے موخر کنارہ کے نقطہ وسطی تک اور آگے چلکر عضلہ منحرف (trapezius) کی مقدم کور کے یزین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال تک (شکل ۳۸ صفحہ ۱۵۱) عضلہ قصیہ حلیہ کو نخاعی معین (spinal accessory) عصب اور دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں اور عضلہ منحرف (trapezius) کو نخاعی معین عصب اور تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

دایا فرامی عصب (phrenic nerve) چوتھے اور نیز تیسرے اور پانچویں عنقی اعصاب سے درقی غضروف کے نقطہ وسطی کے لیول کے قریب قریب پیدا ہوتا ہے اور عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) کے اوپر سے مگر عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) کے نیچے سے ہوتا ہوا ترقوہ کے قصبی سرے کے پیچھے کے ایک نقطہ تک پہنچ جاتا ہے۔

عضدی ضغیرہ (brachial plexus) بعض اوقات بہت دبیلے اشخاص میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسکی بالائی حد ایک خط سے ظاہر کی جاسکتی ہے جو اس نقطہ سے لیکر جو حلقی درقی فضا (crico-thyroid space) کے تقریباً مقابل ہو گردن کی جانب پر ترقوہ کے نقطہ وسطی کے ذرا باہر تک کھینچا جائے (شکل ۳۸)۔

جب ایک طرف کا عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) عضلہ مقابل کے شلل یا شنجی انقباض یا کسی غلطی نقص کی وجہ سے اتوارانہ منقبض ہو جاتا ہے تو ایک عارضہ پیدا ہو جاتا ہے جو کج گردنی (wry-neck) کے نام سے موسوم ہے۔ کج گردنی میں سر کی جو وضع ہوتی ہے اس سے قصیہ حلیہ کا اثر جبکہ یہ یورافل کر رہا ہو صحیح صحیح طور پر ظاہر ہوتا ہے۔ سر ذرا آگے کی طرف کو

ضمیدہ ہو جاتا ہے۔ ٹھڈی تندرست جانب کی طرف پھر جاتی ہے اور ماؤف جانب کا کان قصی تر قوی (sterno-clavicular) جوڑ کی طرف جھک جاتا ہے۔ بہت سی حالتوں میں عضلہ منحنرفہ (trapezius) اور عضلہ جمیریہ (splenius) بھی ماؤف ہوتے ہیں اور عنقی ردا میں تقبضات پائے جاتے ہیں۔ تشنجی انقباض معکوس خراش سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ چنانچہ بعض اوقات یہ موخر مثلث کے عنقی غد کے الہتاب میں پایا جاتا ہے۔ ایسے الہتاب سے عنقی ضغیرہ کی بعض شاخوں میں الہتاب پیدا ہو چکا ہے اور اگرچہ عضلہ قصیہ حلیہ کو عصبی رس زیادہ تر نخاعی معین (spinal accessory) عصب سے پہنچتی ہے، مگر اس ضغیرہ (یعنی دوسرے اور تیسرے عنقی اعصاب) سے بھی اعصاب اس تک جاتے ہیں۔ نخاعی معین (spinal accessory) عصب اوپر کے دو یا تین جمیق عنقی لمفی غد کے درمیان سے گزرتا ہے اور انکے الہتاب میں یہ بعض اوقات ماؤف ہو جاتا ہے۔ مزید برآں اسی قسم کا انقباض پہلے دو عنقی فقرات کے مرض میں دوسرے عنقی عصب کی بلا واسطہ خراش سے پیدا ہو چکا ہے گج گردنی (wry-neck) کی بعض قسموں کو رفع کرنے کے لئے عضلہ قصیہ حلیہ اور عنقی ردا دونوں عضلہ کی آس چسپیدگی سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر کاٹ دئے جاتے ہیں جو قص اور تر قوہ کے ساتھ ہوتی ہے۔ اس عمل میں وساختوں یعنی خارجی و داجی ورید (external jugular vein) کے جو اس عضلہ کے موخر کنارہ کے پاس واقع ہوتی ہے اور مقدم و داجی (anterior jugular) کے جو اسکے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے اور تر قوہ سے عین اوپر عضلہ کے پیچھے سے گزر کر قبل الذکر ورید میں ختم ہو جاتی ہے زخمی ہونے کا معتد بہ خطرہ ہوتا ہے۔

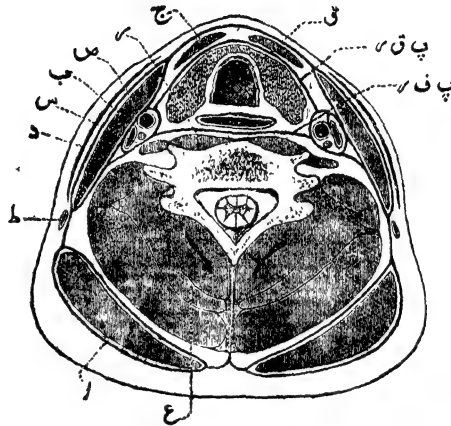
## عنقی ردا (cervical fascia) یہ اتصالی بافت گردن کی ساختوں کو باندھے

رکھتی ہے اور عضلات، عروق اور اعصاب کے لئے خلافت بناتی ہے۔ یہ خلافت آپس میں اسطرح متہم ہوتے ہیں کہ مری (oesophagus)، حنجرہ (larynx)، قصبہ (trachea) اور جسم درقی (thyroid body) کی حرکتیں آزادانہ واقع ہو سکتی ہیں۔ مگر بایں ہمہ یہ ایک قسم کی مضبوطی اور جامدیت بھی پیدا کرتی ہے جس سے تمام کی تمام گردن ہلائی جاسکتی ہے۔ گردن کی ساختوں کو باندھنے کے لئے بطور واسطہ کام دینے کے علاوہ عنقی ردا ایک ہمارا دینے والی بافت کا کام بھی دیتی ہے، جس میں گردن کا وسیع لمفی نظام مدفون ہوتا ہے اور جس کے ذریعہ سے یہ

گردن کی جڑ کی طرف کو جاتا ہے۔

عمیق عنقی ردا (ا) سطحی تہ اور (ب) زیادہ عمیق زوائد میں تقسیم کیا جاسکتی ہے (دیکھو شکل ۴۹)۔  
(ا) سطحی تہ گردن کی ایک مکمل پوشش کا کام دیتی ہے اور سوراخ نما منتشرہ (platysma)

201



شکل ۴۹ - گردن کے پیرین حصہ میں سے متعرض تراش جو عمیق ردا میں ترتیب کو ظاہر کرتی ہے۔  
(از اسامی)

ا۔ عضلہ منحرف - ب۔ قصبہ علیہ - ج۔ عظم لامیہ کے غلافات - د۔ عضلہ منتشر - ہ۔ مقدم شوکی عضلہ -  
س۔ عضلہ مختلف الاصلع مقدم - ص۔ سبانی شریان - ط۔ خارجی و داخلی ورید - ع۔ موخر شوکی عضلہ -  
ف۔ قصبہ جبکہ پیچھے مری ہے اولاً گے جسم دتی - پ - ہ - پیش فوری ردا - چ - ق - ہ - پیش قصبی ردا۔

اور بعض سطحی وریدوں اور اعصاب کے تمام عنقی ساختوں کو ڈھانپتی ہے۔ یہ فقرات کے شوکی زوائد کے پیچھے سے شروع ہوتی ہے اور عضلہ منحرف (trapezius) کو محصور کر کے کے بعد اس کے مقدم کنارہ پر ایک مجددہ میں تبدیل ہو جاتی ہے اور یہاں سے موخر مثلث کو محصور کر جاتی ہے۔ عضلہ قصبہ علیہ کے موخر کنارہ پر پہنچ کر یہ دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے اور اس ساخت کو محصور کر نیچے کے بعد اسکے مقدم کنارہ پر پھر مجددہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے۔ یہاں سے یہ گردن کے خط اول کی

چلی جاتی ہے اور دوسری طرف کی ردا سے مل جاتی ہے اور راستہ میں مقدم شلٹ کو مکمل طور پر ڈھانک دیتی ہے۔ موخر شلٹ میں جو حصہ واقع ہوتا ہے وہ ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور اسکی بناوٹ چھدری ہوتی ہے اور یہ اس شلٹ کی انصافی بافت سے مسلسل ہوتا ہے۔ مقدم شلٹ پر یہ ردا اوپر کی طرف چاہنے کے زیریں کنارہ سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس ہڈی کی پچھلی طرف پر یہ کنفی غدہ کے اوپر سے ہوتی ہوئی وجنڈ (zygoma) تک چلی جاتی ہے اور ٹکی ردا بناتی ہے۔ اور ایک زیادہ عمقی تہ اس غدہ کے نیچے سے (اسکے اور زیر چانوی غدہ کے درمیان سے) گزر کر کمپوہری کے قاعدہ پر کے چند نقاط سے چسپیدہ ہو جاتی ہے۔ اسی زیادہ عمقی حصہ سے وہ رباط نمونپاتا ہے جو ابری چانوی (stylo-mandibular) رباط کے نام سے موسوم ہے۔ سامنے کی طرف پر یہ ردا عظم لامی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور جسم درقی کے مین نیچے یہ پھرد و تھوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ ان میں سے ایک قص (sternun) کی سامنے کی طرف سے اور دوسری اسکی پشت سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ یہ دونوں تھیں عظم لامی کے خافضات کے سامنے واقع ہوتی ہیں اور ان کے درمیان ایک چھوٹی سی فضا بن جاتی ہے (جو جانبی سٹخ میں اتنی دوز تک چلی جاتی ہے کہ عضلہ قصیہ حلیہ کے قصی سر کو محصور کر لیتی ہے) جیسا عریض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے اور جو اس مقام پر عرض میں قص کی دبازت کی تناظر ہوتی ہے۔ یہ سمجھ میں آگیا ہوگا کہ قصیہ حلیہ کے قصی سر کو کاٹتے وقت علیہ اس چھوٹے سے خانہ میں چونکہ کوڑھالا دونوں تھوں سے بنتا ہے سر انجام دیا جاتا ہے اور یہ معلوم کر لینا بہتر ہے کہ مقدم و داجی و ریدجی خارجی و داجی تنے کی طرف کو آتی ہوئی اسی خانہ میں واقع ہوتی ہے۔

### (ب) زیادہ عمیق زوائد۔ (۱) سطحی تہ سے ایک زائدہ (شکل ۴۹ چاق ۴)

عضلہ قصیہ حلیہ کے مقدم کنارہ کے قریب سے پیدا ہوتا ہے جو عظم لامی کے خافضات کے نیچے سے گزر کر جسم درقی اور قصبہ کی مقدم جانب کو محصور کرتا ہوا اس ٹکی اور بڑے بڑے عروق کے سامنے سے نیچے کی طرف کو گرد قلبہ (pericardium) کی لیفی تہ تک چلا جاتا ہے۔ (۲) پیش فقری ردا ایک تہ ہے جو پیش فقری عضلات پر بلجوم اور مری کے پیچھے سے نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ کمپوہری کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتی ہے اور نیچے کی طرف مری کے نیچے سے یہ مددیں اتر جاتی ہے۔ جانب پر یہ سابق خلاف سے مل جاتی ہے اور یہاں سے یہ پھر باہر کی اور نیچے کی طرف کو عضلات مختلف الاصل (scalene muscles) عضلہ خفیہ (brachial plexus) اور



زیر ترقوی (subclavian) عروق پھیل جاتی ہے۔ یہ ان عروق کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے نیچے تک آتی ہے، جہاں یہ لغبی غلاف (axillary sheath) بناتی ہے اور ضلعی غسرا بی غشاء (costo-coracoid membrane) کی زیریں سطح سے تعلق قائم کر لیتی ہے۔ (۳) باقی شریان اور اسکی رقبہ ورید اور عصب کا غلاف پیش فکری اور پیش قصبی تھول اور قصبیہ حلیہ کے غلاف سے مسلسل ہوتا ہے (شکل ۴)۔ باقی غلاف (carotid sheath) پیش قصبی تھ کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اورٹ کے غلاف اور گرد قلب سے ملکر ختم ہو جاتا ہے۔ لہذا قلب اور گرد قلب کو ایک طریقہ سے گردن سے بھی سہارا ملتا ہے۔ جب گردن پیچھے کی طرف کو گرا دیا جاتا ہے تو باقی غلاف تنیدہ ہو جاتے ہیں اور مدری ساختیں اوپر کی طرف کو اٹھ جاتی ہیں۔

پس بلعومی خراج کبھی کبھی منفی رداسے ایک دو تعلق رکھتا ہے۔ بعض اوقات یہ منفی فقرات کے تمدنی مرض سے پیدا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ پیش فکری رداسے سامنے واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ ان لمفی غد سے پیدا ہوتا ہے جو پیش فکری رداسے بلعوم کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ چونکہ یہ رداسے امتاحت پیش کرتی ہے اس لئے قبل الذکر خراج بلعوم کے درون میں خلل انداز ہونے سے پیشتر معتد بہ جسامت اختیار کر لیتا ہے۔ موخر الذکر (خرج) چونکہ اتنا محدود نہیں رہتا اس لئے یہ بلعوم کو ابتدا ہی میں زیادہ خطرناک طور پر تنگ کر دیتا ہے۔ جو تمدنی پس بلعومی خراج پیش فکری رداسے سامنے واقع ہو اس تک جراحی رسائی بلعوم میں سے ہرگز نہ کرنا چاہئے۔ شکل ۴ کے دیکھنے سے ظاہر ہو جائیگا کہ اس خراج پر حمل آور ہونے کا مناسب راستہ اسی شکاف میں سے ہے جو قصبیہ حلیہ کے بیرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا جائے اور باقی غلاف کو آگے کی طرف کو باز کشیدہ کر لینا چاہئے۔

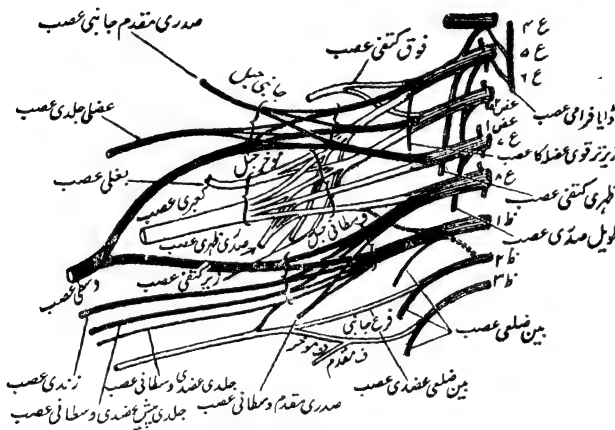
## پھیپھڑے کا راس (apex of the lung) گردن کے اندر تک چلا آتا

ہے اور ترقوہ کے اندر دینی نصف سے ۲ تا ۱ انچ اوپر تک پہنچتا ہے۔ اگر عضل قصبیہ حلیہ کے قصبی اور ترقوی سرور کے درمیان اور ترقوہ سے ۱ انچ اوپر ایک نقطہ لیا جائے تو وہ بالوں کی اکثریت میں راس کے بلند ترین مقام اور پہلی پسلی کی گردن کے محل کو ظاہر کرے گا۔ یہ ترقوہ، عضل مختلف الاضلاع مقدم (anterior scalene muscle) اور زیر ترقوی عروق کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ دایاں پھیپھڑا بائیں کی نسبت عام طور پر زیادہ اوپر تک جاتا ہے۔

زیر ترقوی شریان پر بے احتیاطی سے عملیات کرنے کے دوران میں پورا اکثر کھولا جاتا ہے۔

204

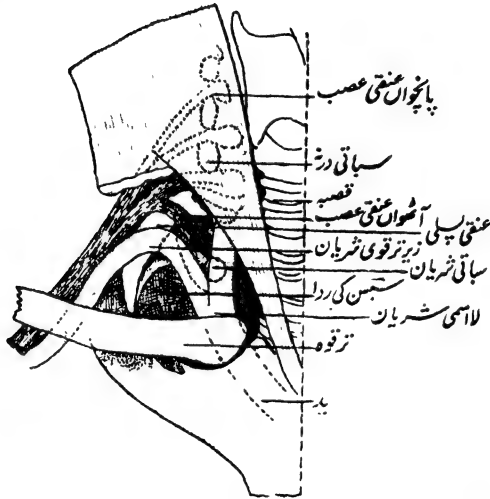
مزید برآں گردن کے قاعدہ میں سے عمقی سلعات کو کھینچتے وقت یہ محسوس ہوتا ہے کہ پلورا اور پھیپھڑے گردن کی ہڈیوں میں اور ترقوہ کے شدید کسور میں ہڈی کے ٹکڑوں سے بھی زخمی ہو چکے ہیں۔ بعض عمقی خراجات بھی پلورہ میں کھل چکے ہیں اور اسکے علاوہ گردن کی جڑ پر کی خلوی بافت کے التهاب کے بعد ذات الجنب (pleurisy) پیدا ہو چکا ہے۔ ستن کی ردا (Sibson's fascia) جو پہلی پسلی کے اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ چپیدہ ہوتی ہے پھیپھڑے کے راس پر پلورا کو تقویت دیتی ہے۔



۲ فیصدی میں پائی جاتی ہیں۔ ناقص النمو عنقی پسلی جنین میں ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ گران پوسٹل علامات مقابلہ بہت کم پیدا ہوتے ہیں اور جب پیدا ہوتے ہیں تو صرف سن بلوغ میں پیدا ہونے ہیں جس کی وجہ شاید یہ ہے کہ اس وقت عضلاتی تشش کم ہو جاتی ہے۔ اگرچہ پسلیاں دونوں جانب پر موجود ہوتی ہیں، لیکن انکے علامات اکثر ایک ہی طرف پائے جاتے ہیں۔ سارجنٹ (Sargent) اس قرب و جوار میں ناقص النمو پسلیوں کے پانچ اقسام تسلیم کرتا ہے: (۱) عام ترین قسم فقرہ کا ضلعی زائیدہ ہے جو حد سے زیادہ بڑھ جاتا ہے اور بغیر جوڑ کے ہوتا ہے اور پیچھے کی طرف متعرض زائیدہ سے متحد ہوتا ہے۔ یہ ایک لیفی بند کی شکل میں نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور پہلی پسلی سے مختلف الاضلاعی درنہ (scalene tubercle) کے پیچھے چسپیدہ ہوتا ہے۔ (۲) ایک چھوٹی سی پسلی جو ضلعی مرکزی اور ضلعی متعرض جوڑوں کے ذریعہ سے فقرہ سے جڑی ہوتی ہے اور ایک لیفی بند کی شکل میں آگے کی طرف کو ٹھل جاتی ہے جیسا کہ پہلی قسم میں ہوتا ہے۔ (۳) ایک مفصل دار پسلی جو اتنی لمبی ہوتی ہے کہ اپنے عظمی حصہ پر آٹھویں عنقی جوڑ کو اٹھا سکتی ہے اور ایک لیفی بند کے ذریعہ سے پہلی صدری پسلی سے متحد ہوتی ہے۔ (۴) ایک مفصل دار پسلی جس کا مقدم سرا پہلی صدری پسلی سے یا تو ملجا تا ہے اور یا اس سے ایک مفصل کے ذریعہ سے جڑا ہوتا ہے۔ ایسی پسلی کے ساتھ بعض اوقات عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) یا عضلہ مختلف الاضلاع وسطی (scalenus medius) چسپیدہ ہوتے ہیں۔ (۵) ایک بے قاعدگی انکے برعکس یا پائی جاتی ہے جس میں پہلی صدری پسلی ناقص النمو ہوتی ہے اور اسکے مقدم سرے کی جگہ ایک لیفی بند موجود ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ پہلی اور پانچویں قسمنی شعاع بخار (radiogram) میں ہمیشہ دکھائی نہیں دیتیں۔ ضلعی غیر قسیمی حالتوں کے ساتھ عضدی ضفیرہ کی ترکیب میں اختلافات پائے جانے کا امکان ہوتا ہے پیش بسنگی (prefixation) ساتویں عنقی پسلی کے ساتھ اور پس بستگی (postfixation) غیر طبعی پہلی صدری پسلی کے ساتھ پائی جاتی ہے (Wood Jones)۔ مگر ایسا کوئی تعلق نہیں پایا جاتا۔ جو دائمی ہو اور جس کے متعلق کچھ پیش گوئی کیجا سکے (ونگریٹ ٹاڈ Wingate Todd اور سارجنٹ Sargent)۔ سامنے کی طرف کے لیفی بند سے عظمی پسلی کی نسبت شاید زیادہ حقیقی علامات پیدا ہوتے ہیں۔ دوران تنفس میں اور بازوؤں کی حرکتوں میں اس ضفیرہ کے زیریں اجزائے ترکیب یعنی آٹھویں عنقی یا سب سے نیچے کی جل کو بار بار اقل ضرب پہنچتی رہتی ہے۔ سارجنٹ (Sargent) کی رائے کے مطابق عرقی تغیرات عروق پر دباؤ پڑنے سے

پیدا نہیں ہوتے بلکہ جس مقام پر مشار کی ریشے آٹھویں عنقی اور پہلی صدری جبل میں داخل ہوتے ہیں اس سے ذرا آگے بڑھ کر ان ریشوں کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر ترقوی (subclavian) شریان یا تو پہلی پسلی پر واقع ہوتی ہے۔ یا یعنی بند اسے اس سے ذرا دور ہٹا کر رکھتا ہے (ٹاڈ: Todd)۔ سارجنٹ (Sargent) نے ایسے واقعات نہیں دیکھے جنہیں یہ زائد پسلی کے اوپر سے گزرتی ہو اگرچہ ایسے واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ جب بازو لٹکتا ہو تو کجری نبض عام طور پر

206



شکل ۵۱ زیر ترقوی شریان اور عضدی ضغیرہ کا تعلق عنقی پسلی سے ظاہر کرتی ہے۔

کمزور پائی جاتی ہے مگر سارجنٹ (Sargent) کا یہ خیال ہے کہ تمام عرقی تغیرات عرقی حرکی اختلالات سے پیدا ہوتے ہیں۔ زیر ترقوی ورید دباؤ سے بچ جاتی ہے۔ تھامس (Thomas) اور کوشنگ (Cushing) کا یہ خیال ہے کہ نقصان عظمی ارتفاع کی نسبت لیفی بند سے پہنچتا ہے۔

اس خلاف قاعدہ حالت کے بعض مریض بازو اور ہاتھ کی زندگی طرف کے ساتھ ساتھ سنسنہٹ محسوس ہونے کی یا ہاتھ کے عضلات میں شلل واقع ہو جانے کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ علامات پہلے ظہری عصب پر اس مقام پر جز کا اثر ہونے سے پیدا ہوتے ہیں جہاں یہ عنقی پسلی کو عبور کرتا ہے (تھوربرن: Thorburn)۔ وڈ جونز (Wood Jones) نے اس امر کی طرف

207

اشارہ کیا ہے کہ بازو کے نکلنے کی حالت میں پہلی صدی پسلی کے اوپر کی سطح پر کے میزاب میں زیر ترقوی شریان واقع نہیں ہوتی بلکہ عضدی صغیرہ کا سب سے نیچے کا تنہا (آٹھواں عنقی اور پہلا ٹھری) واقع ہوتا ہے۔ نیز اس نے یہ بھی ثابت کیا ہے کہ چونکہ اس مقام پر میزاب سب سے زیادہ گہرا ہوتا ہے۔ جہاں دوسرے ٹھری عصب کا معتد بہ حصہ عضدی صغیرہ کے سب سے نیچے کے تنے کی تعمیر میں شامل ہوتا ہے اسلئے عصبی تنے اور پسلی کا درمیانی دباؤ بھی یہاں سب سے زیادہ ہوتا ہے۔

مارجٹس (Sargent) کے مطابق عنقی پسلی کے علامات مندوبہ ذیل ساختوں کے ضرر سے منسوب کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) بدنی دروں آراء عصاب (somatic afferent nerves) کے ضرر سے۔ مثلاً وجع العصب، جلدی اور عنقی حسی اختلالات۔ (۲) بدنی بروں آراء ریشوں (somatic efferent fibres) کے ضرر سے۔ مثلاً عضلی کمزوری، لاغری اور برقی تغیرات۔ اور (۳) مشارکی ریشوں کو ضرر پہنچنے سے۔ مثلاً دورانی تغیرات، ٹھنڈاپن، کمبودیت، ہرج اور بعض فسادات الحس (paræsthesiæ)، مثلاً جھنکار اور سن بن، ٹھنڈک یا ورم کا احساس۔ جہاں تک عضلی رسد کا تعلق ہے ہاتھ کے درونی عضلات (خاصکر عضلات مبعده و مقابلہ ابھامیہ کنیرولسن: Kinneir Wilson) نہایت کثرت سے متاثر ہوتے ہیں۔ لیکن بعض حالتوں میں کلائی کے سطحی قابضات بھی لاغراور کمزور ہو جاتے ہیں۔ ۶۰ فیصدی واقعات میں مشترک حس پذیری یا کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔

پہلی صدی پسلی کے دباؤ سے پیدا شدہ علامات کو جنبی طرف پہلے ایڈون بریم ویل (Edwin Bramwell) نے سسٹم میں توجہ دلائی تھی اب بخوبی تسلیم کیا جاتا ہے اور تمور برن (Thorburn) سٹائلس (Stiles) مورلے (Morley) مورفی (Murphy) سٹاپ فورڈ (Stopford) ٹیلر (Taylor) اور دوسروں نے کامیاب عملیات انجام دے دی ہیں۔

**گلوبریڈگی اور گردن کے زخم:** گردن کی جلد اتنی لچکدار اور حرکت پذیر

ہوتی ہے کہ جب اس پر سے بالخصوص کند چاقو کھینچا جاتا ہے تو اس میں باسانی شکن پڑ جاتے ہیں۔ چنانچہ گلوبریڈگی کی حالتوں میں جلد کے بہت سے کٹے ہوئے زخم پائے جاتے ہیں جو چاقو کی ایک ہی حرکت سے پیدا ہوتے ہیں۔ گلوبریڈگی کے زخم میں خواہ یہ خود کشانہ ہو یا قاتلانہ درقی لامی غشا (thyro-hyoid membrane) نہایت کثرت سے زخمی ہوتی ہے۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے

اس کے بعد قصبہ کا اور درقی غضروف کا نام آتا ہے (دیکھو شکل ۸ ص ۱۹۷) -

۱۔ اگر زخم عظم لامی سے اوپر ہو تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔ (۱) مقدم

وداجی ورید (anterior jugular vein)، دوشکی عضلہ کا مقدم شکم، چانیہ لاسیہ (mylo-hyoid)، ذقنیہ لاسیہ (genio-hyoid)، ذقنیہ لسانیہ (genio-glossus) اور لامیہ لسانیہ (hyo-glossus)، لسانی شریان، وہی شریان کی شاخیں، تحت اللسانی (hypoglossal) اور لسانی (lingual) اعصاب، زیر چانوی غدہ، بعض اوقات زبان کا جرم بھی کٹ جاتا ہے اور منہ کا فرش بخوبی کھل جاتا ہے۔ اگر کسی واقعہ میں زبان کی چسپیدگیاں کٹ جائیں تو اسکے خجھرے کے اوپر گر جانے اور اغتصاص (suffocation) کے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

۲۔ اگر زخم درقی لامی فضا کو عبور کرے تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔

مقدم ووداجی ورید (anterior jugular vein)، قصبہ لاسیہ (sterno-hyoid)، درقیہ لاسیہ (thyro-hyoid)، کتقنیہ لاسیہ (omo-hyoid)، درقی لامی غشا، ستھانی مشیق (inferior constrictor)، فوقانی خجری عضب، فوقانی درقی شریان اور اگر یہ عظم لامی کے نزدیک ہو تو لسانی شریان کا ننا بھی بعض اوقات کٹ جاتا ہے۔ اگر زخم گہرا ہو تو بلعوم کھل جاتا ہے اور کبتی (epiglottis) قاعدہ کے قریب سے کٹ جاتا ہے۔ اس جگہ کے زخموں میں کبھی کا کٹ جانا ہمیشہ ایک خطرناک پیچیدگی ہوتا ہے۔

۳۔ اگر زخم سے قصبہ (trachea) کٹ جائے تو مندرجہ ذیل حصے کٹ سکتے ہیں۔

مقدم ووداجی ورید، قصبہ لاسیہ (sterno-hyoid)، قصبہ درقیہ (sterno-thyroid)، کتقنیہ لاسیہ (omo-hyoid)، عضلہ قصبہ حلیہ (sterno-mastoid) کا کچھ حصہ، غدہ درقیہ، فوقانی اور تحتانی درقی شریانیں، فوقانی وسطی اور تحتانی درقی وریدیں، باز گرد خجری عصا (recurrent laryngeal nerves) اور مری (gullet) -

گردن کے زخموں میں بڑے بڑے عروق اکثر حیرت انگیز طریقہ سے بچ جاتے ہیں۔ کچھ تو یہ گہرے واقع ہونے کی وجہ سے محفوظ رہتے ہیں اور کچھ بہت حرکت پذیر ہونے کی وجہ سے، کیونکہ یہ ایک ذمیل ڈھالی اتسالی بافت کے ماحول میں واقع ہوتے ہیں۔ مزید برآں خودکشی کرنے والا اپنا گلا

کالٹے وقت سر کو پیچھے گرا کر اپنے بڑے بڑے عروق کو نسبتاً موخر مستوی پر لیجا کر نادانستہ محفوظ کر لیتا ہے۔ گلا کٹتے وقت عروق اوپر کی طرف ابھرے ہوئے درقی غضروف کی وجہ سے اور نیچے کی طرف عضلہ قصبیہ علیہ (sterno-mastoid) کے متقبض ہو جانے سے ایک بہت حد تک محفوظ ہو جاتے ہیں۔ جو گہرے زخم حلقی (drقي) (circo-thyroid) فضا میں سے لگیں یا قصبہ (trachea) کے بالائی حصہ میں سے گزر جائیں وہ ان زخموں کی نسبت جو گردن کے کسی دوسرے حصہ پر اتنی ہی قوت سے لگائے جائیں بڑے بڑے عروق تک زیادہ آسانی سے پہنچ جاتے ہیں۔

### بندوق کے بہت سے زخموں میں جن میں مقدوف (missile) کے

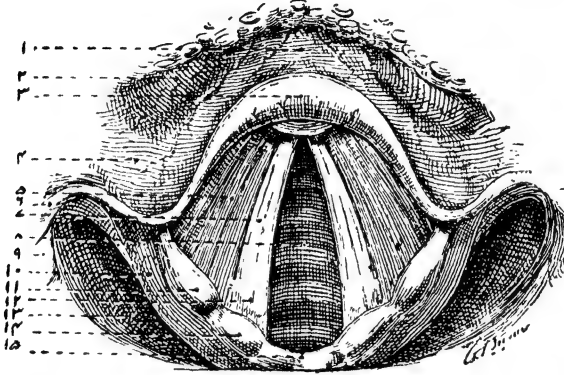
ممر سے یہ یقینی طور پر ظاہر ہوتا ہے کہ اہم عروق کو نقصان پہنچا ہوگا یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ عروق حقیقتہً ایک طرف کود جاتے ہیں اور اپنی حرکت پذیری کی وجہ سے محفوظ ہو جاتے ہیں۔ اس طرح بچ جاسکی بہت سی مثالیں زمانہ ماضی میں درج کی جاسکی ہیں اور جنگ عظیم میں بہت سی دیکھنے میں آئی ہیں۔ زخمائے گردن کے موضوع کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ جل شوگی کے بہترین حصہ تک پیچھے کی طرف سے اس زخم میں سے جو اطلس اور محور کے درمیان ہوتا ہے پہنچا جاسکتا ہے۔ اس محل پر جل کو ایک ہی مرتبہ چاقو بھونکنے سے کاٹا جاسکتا ہے۔

### عظم لامی (hyoid bone) بلا واسطہ چوٹ مثلاً گھونسا مارنے یا گلا گھونٹنے سے

ٹوٹ سکتی ہے۔ بعض اوقات ان اشخاص میں شکستہ پائی گئی ہے جن کو پچانسی دیکھی تھی کہ بعض اوقات ہڈی کے جسم میں واقع ہوتا ہے مگر قرن اعظم زیادہ کثرت سے شکستہ پایا جاتا ہے۔ اس کسر میں بولنے زبان ہلانے منہ کھولنے اور نگلنے میں بہت سی تکلیف اور درد محسوس ہوتا ہے اور یہ ایسے علامات ہیں جو آبسانی سمجھ میں آسکتے ہیں۔ مگر یہاں یہ بیان کر دینا ضروری ہے کہ عظم لامی کو ایک طرف دوسری طرف کو ہلانے پر تکنتہً لمبی طور پر محسوس ہوتا ہے اور اسے کسر کے لئے ہرگز کافی اشدھادت تصور نہ کرنا چاہئے۔ درقی لامی غشا اور عظم لامی کی موخر سطح کے درمیان ایک درجہ واقع ہوتی ہے۔ جب یہ کلاں ہو جاتی ہے تو یہ گردن کے دوسری سلعہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔

### حنجرہ (larynx) اور قصبہ (trachea) - حنجوہ کا محل گردن میں عمر سے متاثر

ہوتا ہے۔ بالغ میں حلقی غضروف (cricoid cartilage) چھٹے عنقی فقرہ کے زیریں حصہ تک جاتی ہے۔ تین ماہ کے بچہ میں یہ چوتھے عنقی فقرہ کے زیریں کنارہ تک ہوتی ہے اور چھ سال کے بچہ میں باہنجویں فقرہ کے زیریں کنارہ تک پہنچتی ہے۔ سن بلوغ پر یہ وہ محل اختیار کرتی ہے جس پر یہ جوانوں میں پائی جاتی ہے۔ مکی (epiglottis) کا اوپر کا سرا بالوں میں تیسرے عنقی فقرہ کے زیریں کنارہ کے مقابل ہوتا ہے۔



شکل ۵۲۔ وہ منظر دکھایا گیا ہے جو آرام سے سانس لینے کی حالت میں حنجرہ میں نظر آتا ہے۔  
(سینٹ کلیر تھامسن: St Clair Thomson: ناک اور حلق کے امراض)

- ۱۔ وسطی لسانی مکی رباط۔ ۲۔ نشیب۔ ۳۔ مکی۔ ۴۔ جانبی لسانی مکی رباط۔ ۵۔ بطینی بند۔ ۶۔ عظم لامی کا قرن اعظم۔ ۷۔ صوتی جبل۔ ۸۔ قصبہ۔ ۹۔ بلعوی حنجرہ کی جانبی دیوار۔ ۱۰۔ ایسوجی مکی شکن۔ ۱۱۔ ربرک کی غضروف۔ ۱۲۔ صوتی زائده۔ ۱۳۔ ناشہاتی نما جوف۔ ۱۴۔ سینٹیورینی کی غضروف۔ ۱۵۔ یینسوجی شکن۔

حنجرہ بین سے مندرجہ ذیل حصے شناخت کئے جاسکتے ہیں (شکل ۵۲)۔ زبان کا قاعدہ اور لسانی مکی شکن (glosso-epiglottic folds)، حنجرہ کا فوقانی روزن جس کے سامنے مکی ہوتا ہے، مکی کی گدی، طرفین پر سوجی مکی شکن (aryteno-epiglottidean folds) جنہیں دوسند پر فرازات ہوتے ہیں جو قرینوں (cornicula) اور قناتیکل (cuneiform) غضروف کے متناظر ہوتے ہیں اور پیچھے کی طرف غنائے مخاطی کا سوجی ملتہ (arytenoid commissure)۔ نیچے کی طرف اور گہرا دیکھنے سے صادق اور کاذب صوتی احمال، بطین، حنجرہ کی مقدم دیوار



حلقی غضروف کا تھوڑا سا حصہ اور قصبہ کی مقدم دیوار کا کم و بیش حصہ نظر آتا ہے۔ اگر مزمار (glottis) بہت کسل طور پر تنس ہو تو دونوں شبنوں کے افقے بھی دھندلے سے دکھائی دیتے ہیں۔

## درقی اور حلقی غضروفات اور سبوجی اغضروف کا بہت سا حصہ

ساخت میں ضلعی غضروفوں کی طرح زجاجی ہوتا ہے۔ موخر الذکر کی طرح پیرائہ سالی میں انکھ کم و بیش متعظم ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درقی اور حلقی غضروفوں میں تعظم تقریباً ۲۰ سال کی عمر پر شروع ہوتا ہے اور ہر ایک غضروف میں یہ عمل حلقی درقی جوڑکے قرب وجوار میں شروع ہوتا ہے۔ سبوجی (arytenoid) بعد میں متعظم ہوتی ہے۔ حنجری غضروفوں کا تعظم مردوں میں عورتوں کی نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ زیادہ کلاں غضروفوں کے چوٹ مثلاً ضربوں یا گلا گھٹنے وغیرہ سے مکتور ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ درقی غضروف نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے اور عام طور پر خطوطی پر ہی ٹوٹتی ہے۔ درقی غضروف کا موخر فوقانی زاویہ ناشیاتی مناحضرفہ (pyriform fossa) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ یہ ایک عریض گوشہ ہے جس سبوجی ٹکبی شکل (aryteno-epiglottic folds) سے اوپر اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے (شکل ۵۲)۔ اس حفرہ میں اجسام غریبہ الٹک جاتے ہیں اور سرطان عام طور پر واقع ہوتا ہے۔

211

## فتحة المزمار (rima glottidis) ایک روزن ہے جو صادق موتی احوال اور

سبوجی غضروفوں کے موتی زائدہ کے (جسکے موخر حصہ پر احوال چسپیدہ ہوتے ہیں) درمیان ہوتا ہے۔ ان احوال کا طول زائدوں سے دگنا ہوتا ہے۔ اور چونکہ یہ لچکدار بافت سے مرکب ہوتے ہیں جو مطبق مرحلہ کے نیچے سے آشکار ہوتی ہے اسلئے انکی رنگت زردی مائل رمادی ہوتی ہے۔ ان احوال کا اساس جو اتصالی بافت سے مرکب ہوتا ہے حلقی درقی غشا کا ہی پھیلاؤ ہوتا ہے جو اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ فتحة المزمار حنجرہ کی اندرونی جانب کا تنگ ترین حصہ ہے۔ اور اجسام غریبہ کے داخل ہونے اور اوزاروں کے گزارنے کے سلسلہ میں اسکے ابعاد سے واقف ہونا مناسب ہے۔ بالغ مرد میں فتحة المزمار کی پیمائش آگے سے پیچھے تک تقریباً ۱ انچ (۲۳ ملی میٹر) ہوتی ہے۔ ایک جانب سے دوسری جانب تک کا عریض ترین حصہ طول کا تقریباً ایک تہائی ہوتا ہے۔ انتہائی اتساع کی حالتیں یہ قطر بڑھ کر طول کے نصف تک پہنچ جاتا ہے۔ عورت میں اور سن بلوغ سے پیشتر مرد میں مقدم

212

موضع قطرۃ ملی میٹر ہوتا ہے۔ دوران تنفس میں فتحۃ المزمار عضلہ حلقیہ مسبوچیہ (erico-anytenoideus posticus) کے فعل سے خوب کشادہ ہو جاتا ہے اور دوران مکلم میں موتی اجمال میں عضلہ حلقیہ مسبوچیہ جانبی (erico-arytenoideus lateralis) کے فعل سے مقاربت پیدا ہو جاتی ہے۔

حنجرہ کی غشاء مخاطی کی بابت اور اسکی زیر مخاطی بابت کی مقدار مختلف حصوں میں مختلف ہوتی ہے۔ مندرجہ ذیل حصوں میں یہ غشاء دبیز ترین ہوتی ہے اور زیر مخاطی بابت نہایت کثیر المقدار ہوتی ہے اور انکو اسی مقدار کے لحاظ سے ترتیب دی گئی ہے: ۱۔ مسبوچی کبھی شکن (aryteno-epiglottidean folds)، بلطین (ventricle) کی غشاء مخاطی، بلطین شکن (کا ذب صیقلی اجمال) اور کبھی کا حنجری رخ۔ یہ ہی حصے ہیں جو مادہ التهاب حنجرہ میں نہایت متسل اور متورم ہو جاتے ہیں اور جو خطرناک حالت مزمار (glottis) کے بہج کے نام سے موسوم ہے، اسکا زیادہ تر انحصار اس ڈھیلی ڈھالی بابت میں انصباب کے نمودار ہو جانے پر ہوتا ہے جو مسبوچی کبھی شکنوں میں پائی جاتی ہے۔ مسبوچی کبھی شکنوں کی غشاء مخاطی کے ڈھیلا ہونے کی وجہ سے مسبوچی (arytenoid) غصروں میں آزادانہ حرکت واقع ہو سکتی ہے اور حنجرہ کا بالائی روزن مکمل طور پر بند ہو سکتا ہے۔ یہ غشاء مخاطی صادق موتی اجمال سے مضبوطی سے پیوستہ ہوتی ہے اور مطبق مرحلہ سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور حنجرہ کے بقیہ حصہ کا استر قصبہ کی طرح ہدہ دار مرحلہ سے بنا ہوتا ہے۔ پوشش کی نوعیت اور اسکے رگ رگی لٹے معرارتنے کی وجہ سے صادق موتی اجمال سرطان کا غیر معمولی محل نہیں۔

حنجرہ کا استیصال۔ خط وسطی پر شکاف دینے سے سالم حنجرہ دور کیا جاسکتا ہے۔

اس شکاف میں عضلہ متشر (platysma)، ردا اور مقدم و داجی رید (anterior jugular vein) کاٹ دیا جاتی ہے۔ حنجرہ اپنے علاقہ جات سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے اور مندرجہ ذیل ساختیں کاٹی جاتی ہیں۔ قصبہ درقہ (sterno-thyroid)، درقہ لامیہ (thyro-hyoid)، ابرئیمو (stylo-pharyngeus) حنکیہ بلعومیہ (palato-pharyngeus) اور تھانی مضیق عضلات فوقانی اور تھانی درقہ (thyroid) شریانوں کی حنجری شاخیں، فوقانی اور تھانی حنجری عصاب لامی کبھی (hyo-epiglottic) اور لسانی کبھی (glosso-epiglottic) رابطات۔ اسکے بعد حنجرہ قصبہ سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے اور نیچے سے بذریعہ تقطیع کاٹ دیا جاتا ہے۔ مری اور بلعوم کو علیحدہ

کرتے وقت قبل الذکر نالی میں سوراخ ہونے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔

**منجرہ میں سے بالیدیں درقیہ شگافی (thyrotomy) کے عملیہ سے دور کیا جکتی ہیں۔**

درقیہ کے جناحین کو خط وسطی پر ملحدہ کر کے ایک دوسرے سے دور ہٹا دیا جاتا ہے اور اس طرح حنجرہ کی اندرونی جانب معرا کر لی جاتی ہے۔ ۵۴ سال سے اوپر کے مریضوں میں یہ غضروف خط وسطی پر متعظم ہو جاتی ہے اور اسے باریک آری سے کاٹنا پڑتا ہے۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ موتی اجبال خط وسطی کی ہر ایک جانب پر درقی غضروف کے مقدم کنارہ کے نقطہ وسطی کے قریب چسپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے مین اوپر بلطینی شگن یا کاذب موتی اجبال اور مکی کی ڈنڈی مثبت ہوتی ہے۔

اجسام غریبہ اب درقیہ شگافی (thyrotomy) کی نسبت عام طور پر شعبہ بین نیلیوں (bronchoscopic tubes) سے نکالے جاتے ہیں۔

**حنجرہ کے بالائی نصف کے لمفی عروق** فوقانی حنجری عروق کی متابعت کرتے ہیں اور

بالائی عمقی متغنی غد سے مل جاتے ہیں۔ ایک جھوٹا سا لمفی غدہ جو ثانوی سرطانی مطروح کا پہلا محل ہوتا ہے لامی ہڈی کے قرن کے نیچے درقی لامی (thyro-hyoid) غشا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۵۵)۔ حنجرہ کے زیرین نصف کے عروق لف تحتانی درقی عروق کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور ان عروق لف میں سے گزرتے ہیں جو قصبہ کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔

**قصبہ شگافی (tracheotomy) اور حنجرہ شگافی (laryngotomy)۔**

قصبہ کا طول تقریباً ۱۲ انچ ہوتا ہے اور اس کا زیادہ سے زیادہ عرض ۳ تا ۴ انچ ہوتا ہے۔ اسکے ارد گرد بہت ہی ڈھیلی ڈھالی انقبالی بافت ہوتی ہے، جسکی وجہ سے نالی میں معتدبہ حرکت پذیری پائی جاتی ہے۔ قصبہ کی حرکت پذیری بچوں میں بالغوں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اور قصبہ شگافی کی دقتوں میں اس سے اضافہ ہو جاتا ہے۔ اس طریق کار میں قصبہ کو غدہ درقیہ کی خاکنائے سے اوپر یا اسکے نیچے یا اسکے اندر سے خط وسطی میں دو تین حلقے کاٹ کر کھولا جاتا ہے۔ قصبہ جوں جوں نیچے اترتی ہے سطح سے دور ہوتی جاتی ہے اور اہم تر ساختوں سے تعلق پیدا کرتی جاتی ہے۔ اس لئے اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو یہ ظاہر ہے کہ عملیہ جتنا اوپر سرانجام دیا جائے اتنا ہی بہتر ہوگا۔

قصبہ کا طول گردن میں اتنا زیادہ نہیں ہوتا جیسا کہ بعض اوقات پہلے پہل معلوم ہوتا ہے۔ اور قص سے اوپر عام طور سے سات یا آٹھ سے زیادہ قصبی حلقے (جنکی کل تعداد سولہ سے بیس تک ہوتی ہے) نہیں پائے جاتے۔ حلقہ غضروف اور قصبی کٹاؤ کا درمیان فی فاصلہ بہت اختلاف پذیر ہوتا ہے اور اسکا انحصار گردن کے طول، مریض کی عمر اور سر کی وضع پر ہوتا ہے۔ اگر ایسی حالت میں جبکہ سر عمود فقری پر آسانی سے ٹکا ہوا ہو قص سے مین اوپر قصبہ کا ۲ انچ حصہ معرا کر لیا جائے تو سر کی مکمل بسط کردگی کی حالت میں قصبہ کا ۱۱ انچ حصہ اوپر کی طرف گردن میں کچھ آئے گا۔ ٹیلو (Tillaux) کے مطابق بالغ میں حلقہ غضروف اور قص کا تمام درمیان فی فاصلہ اوسط میں تقریباً ۲ ۱/۲ انچ (۲ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۳ اور ۵ سال کے درمیان کی عمر کے بچہ میں یہ مکمل فاصلہ تقریباً ۱ ۱/۲ انچ (۴ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ ۶ اور ۷ سال کے درمیان کی عمر کے بچہ میں یہ تقریباً ۲ ۱/۲ انچ (۵ سنٹی میٹر) ہوتا ہے اور ۸ سال کے درمیان کی عمر کے بچوں میں یہ تقریباً ۲ ۱/۲ انچ (۶ سنٹی میٹر) ہوتا ہے۔ تراش پر قصبہ کے ابعاد بہت اختلاف پذیر دکھائی دیتے ہیں، حتیٰ کہ ایک ہی عمر کے مختلف افراد میں یہ مختلف ہوتے ہیں۔ گوٹر سینٹ (Guersant) یہ بیان کرتا ہے کہ بالعموم کے لئے قصبہ شنگافی کی نیلیوں کا قطر ۱۲ ملی میٹر سے ۱۵ ملی میٹر تک ہونا چاہئے۔ اور ۱۸ مہینہ سے کم عمر بچوں کے لئے انکا قطر تقریباً ۴ ملی میٹر ہونا چاہئے۔

**قصبہ شنگافی (tracheotomy)** کا عملیہ سرانجام دیتے وقت یہ ضروری ہے کہ سر جھکا کر ممکن ہو سکے پیچھے کی طرف کو گرا دیا جائے اور ٹھنڈی کو قصبی کٹاؤ کی مین سیدھ میں لکھا جائے تاکہ گردن کے خط وسطی کے تعلقات مصنون رہیں۔ سر کی مکمل بسط کردگی سے جراح کو عملیہ کے لئے نہ صرف زیادہ گتھائش ہی مل جاتی ہے، بلکہ قصبہ بھی سطح سے قریب تر ہو جاتی ہے۔ اور نلی کو تاننے سے یہ بہت کم حرکت پذیر ہو جاتی ہے۔

گردن کے خط وسطی میں قصبہ پر حلقہ غضروف سے قص تک شنگاف دیتے وقت مندرجہ ذیل حصے سامنے آتے ہیں:- جلد کے نیچے مقدم و داجی وریدیں پائی جاتی ہیں۔ یہ وریدیں قاعدۂ خط وسطی کی دونوں جانب پر کچھ فاصلہ پر واقع ہوتی ہیں اور سوائے ایک بڑی سترض ورید کے جو میاں و جہی فضا میں قص کے بالائی کنارہ پر واقع ہوتی ہے کسی اور ذریعہ سے مربوط نہیں ہوتیں بعض اوقات

۱۔ طالب علم کو اس امر کی یاد دہانی کی جاتی ہے کہ ۵، ۱۲، ۱۵، ۱۸ انچ اور اسلئے ۴ ملی میٹر تقریباً ۱ ۱/۲ انچ۔

قصبہ شنگانی کے رقبہ کے عین سامنے بہت سی رابطہ شاخیں موجود ہوتی ہیں، یا قصبہ کے سامنے وریڈز سے تقریباً ایک صفیہ بنجاتا ہے، یا ایک ہی وریڈ ہوتی ہے جو خط وسطی کا نتیجہ کرتی ہے۔ اسکے بعد عنقی در اعلیٰ جہیں عضلات قصبہ لامیرہ (sterno-hyoid) اور قصبہ قصبہ (sterno-thyroid) بند ہوتے ہیں۔ طرفین کے عضلات کے درمیان کا فرق معین نما ہوتا ہے اور یہ اس طرح واقع ہوتا ہے کہ قصبہ عضلی ریشوں کو تقسیم کرنے کے بغیر ہی معرا کیا جاسکتا ہے۔ درقی غدہ کی خاکنائے بالعموم قصبہ کے دوسرے تیسرے اور چوتھے حلقوں کو عبور کرتی ہے بعض اوقات اس سے اوپر اور فوقانی درقی وریڈ کے درمیان ایک مستعرض رطبی شاخ پائی جاتی ہے۔ خاکنائے کے اوپر ایک وریڈی صفیہ پایا جاتا ہے جس میں سے تحتانی درقی وریڈ نکلتی ہیں اور خاکنائے کے نیچے یہ وریڈیں قصبہ کے سامنے زیر ترین درقی شریان (thyroidea ima artery) کے ساتھ پائی جاتی ہیں (جبکہ یہ شریان موجود ہوتی ہے)۔ تحتانی درقی وریڈ بعض اوقات ایک احسنے کی شکل میں پائی جاتی ہے جو خط وسطی پر واقع ہوتا ہے۔ شیرخوار بچہ میں دو سال کی عمر سے پہلے پہلے غدہ تیموسیہ (thymus) قصبہ کے سامنے ایک اختلاف پذیر فاصلہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ گردن کی عین جگہ پر قصبہ کو لاسمی (innominate) اور بائیں سباتی (left carotid) شریانیں اور بائیں لاسمی وریڈ عبور کرتی ہیں اور آخر کار فوقانی درقی شریان کی غیر طبعی شاخیں بھی بعض اوقات ہوا کی نالی کے بالائی حلقوں کو عبور کرتی ہیں۔ غدہ درقی کی خاکنائے کے زخمی ہونے کے خطرہ کے سلسلہ میں مبالغہ سے کام لیا گیا ہے۔ قصبہ شنگانی سرانجام دیتے وقت یہ بغیر کسی زحمت کے پیش آنے کے کاٹی جاسکتی ہے۔ دوسری وسطی سیونوں کی طرح غدہ درقیہ کی خاکنائے کے خط وسطی کی عقیبت بھی نسبتاً کم ہوتی ہے، گو اس میں سے خون استقدر بہتا ہے کہ حابس الدم چمبیوں کے استعمال کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دکھایا جاسکتا ہے کہ غدہ درقیہ کی ایک جانب دوسری جانب سے محض جزوی طور پر ہی مشروب کیا جاسکتی ہے (یعنی ایسے اشراب سے جو خاکنائے کو عبور کرے) شیرخوار بچوں میں قصبہ شنگانی کی دقت کا انحصار گردن کے چھوٹا ہونے، زیر جلدی شحم کی مقدار اور قصبہ کے گہرا واقع ہونے، اسکی جسامت کی چھوٹائی اور اسکی بہت سی حرکت پذیری اور دبائے سے اسکے باسانی مہبوط ہوسکنے پر ہوتا ہے۔ اگر اٹھکی سرسری طور پر داخل کیجائے تو شیرخوار بچہ کی قصبہ کی طرف سے کوئی مزاحمت پیش نہیں آتی۔ اسکی حرکت پذیری اس قسم کی ہوتی ہے کہ جب احتیاطی طور سے یہ باسانی ایک طرف کو ٹل سکتی ہے اور اس لیے ناخوبہ کار عملیہ کن جلدی میں جو بعض اوقات لازم ہوتی ہے مری یا فقری ستون کو بھی پھیلنے لگتا ہے۔ مزید برآں کچھ میں

بالغ کے مقابلہ میں بڑے بڑے عروق قصبہ کو زیادہ بلند لیول پر عبور کرتے ہیں! اور ایسے خدہ تیموریہ سے بھی جو نامناسب طور پر نمایاں ہو سیکے قدرت پیدا ہوتی ہے۔ ایک واقعہ میں ایک شیر خواہیچہ میں قصبہ تنگائی کی نلی کے سب سے جھکا دیا تو قصبہ کے سامنے کے رخ پر پڑا تھا ایک قرصہ پیدا ہو گیا تھا جو لا اسمی شریان میں کھل گیا تھا (برٹش میڈیکل جرنل ۱۹۵۷ء)۔ نلکی (cannula) داخل کرتے وقت اگر قصبی زخم گم ہو جائے تو یہ باسانی عقی رد کے نیچے کی ڈھیلی ڈھالی بافت میں گھس جاتی ہے اور خیال یہی ہوتا ہے کہ یہ ہوا کی نلی ہی میں ہے۔

**حنجہ تنگائی (laryngotomy)** میں ہوا کی گدگد کو حلقی در (crico-thyroid) غشائیں ایک سترغض شکاف دیکر کھولا جاتا ہے۔ حلقی در قی غشا کی انتصابی بلندی، بخوبی نمایاں ہونے والی موضوعات میں تقریباً ۱/۲ انچ ہی ہوتی ہے۔ اور بچوں میں یہ اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اس میں سے نلکی داخل نہیں کیا جاسکتی۔ حلقی در قی شریانیں اس فضا کو حلقی غصہ ف سے عین اوپر عبور کرتی ہیں۔ اور انکو کاٹنے سے احتراز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ انکی جسامت عام طور پر بہت ہی غیر اہم ہوتی ہے اور یہ کوئی تکلیف نہیں دیتیں۔ مگر گاہے گاہے یہ عروق عظیم الجسامت بھی ہوتے ہیں اور ایسے واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے جن میں ان عروق سے خطرناک نزف ہی نہیں بلکہ ملک نزف بھی واقع ہو چکا ہے (ڈرہم: Durham)۔ جب نلکی داخل کی جاتی ہے تو یہ قصبہ میں جانے کی بجائے پھسل کر حلقی در قی غشا اور مخاطی استر کے درمیان باسانی چلی جاتی ہے۔ چونکہ حلقی در قی غشا اوپر کی طرف صوتی احبال سے تسلسل رکھتی ہے اسلئے یہ مناسب ہے کہ اس میں سے جو تنگائی دیا جائے وہ در قی کی بجائے حلقی کے زیادہ نزدیک ہو، ورنہ احبال کے ڈھیلے ہو جانے اور آواز میں تغیر آ جانے کا امکان ہوتا ہے۔

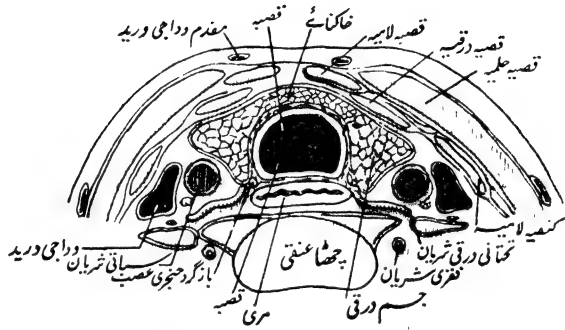
**اجسام غریبہ** اکثر دوران نفس میں سانس کے ساتھ اندر چلے جاتے ہیں۔ اور حنجہ کے فوقانی روزن یا فتحة المرء (rima) میں اٹک سکتے ہیں۔ یا یہ بلعین (ventricle) میں چلے جاتے ہیں۔ یا قصبہ میں پھنس جاتے ہیں اور یا کسی شعبہ میں داخل ہو جاتے ہیں۔ شعبہ میں داخل ہونے والا جسم غریب عام طور پر دائیں شعبہ ہی کا انتخاب کرتا ہے کیونکہ اسکا روزن بائیں نلی کے روزن کی نسبت قصبہ کے مرکز کی زیادہ سیدھے ہوئے ہوتا ہے۔ سانس کے ساتھ در کشیدہ اجسام غریبہ کے خطرہ کا انحصار اتنا اس میکائی انسداد پر نہیں ہوتا جو ان سے پیدا ہوتا ہے، جتنا کہ یہ مزار کے اس تشنج پر ہوتا ہے جسکو یہ اجسام معکوس خراش سے پیدا کرتے ہیں۔ مگر بعض اوقات جسم غریب بلعین (ventricle)

میں زیادہ تکلیف دینے کے بغیر ہی کچھ عرصہ تک پڑا رہتا ہے۔

## درقی جسم (thyroid body) - اس جسم کا ہر ایک لختہ اپنے اپنے عظیم ترین حصہ پر

۲ انچ لمبائی ۱ انچ چوڑائی اور ۳/۴ انچ موٹا ہونا چاہئے۔ جب درقی غدہ ان پیمائشوں سے واضح طور پر متجاوز ہو تو اسے کلانی یافتہ تصور کیا جاسکتا ہے۔ اسکا وزن عام طور پر ۱ اور ۲ اونس کے درمیان ہوتا ہے۔ اسکی تینوں سطحوں میں سے (شکل ۵۳) مقدم سطح تحتانی لامی عضلات سے ڈھکی ہوتی ہے۔

218



شکل ۵۳۔ انسانی تراش جو درقی جسم کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

اور اندرونی سطح حنجرہ اور قصبہ پر ٹپکن ہوتی ہے اور بیرونی یا موخر سطح باقی غلاف کو پو شیدہ کرتی ہے۔ اسکے نمایاں موخر کنارہ کا زیرین حصہ باز گرد حنجری عصب (recurrent laryngeal nerve) اور مری سے مس کرتا ہے۔ ہر ایک لختہ درقی غضروف کے تقریباً وسط سے لیکر قصبہ کے چمٹے حلقہ تک پھیلا ہوتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ زیادہ بڑا ہوتا ہے اور دایاں لختہ بائیں کی نسبت بالعموم بڑا ہوتا ہے۔ ان امور کے ساتھ ہی یہ بھی معلوم کر لینا چاہئے کہ درقی کلانیاں (گھینگا) عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں! اور ہر حالت میں پہلے پہل انکے زیادہ تر دائیں جانب پر دیکھے جانے کا امکان ہوتا ہے۔ چونکہ غائکائے (isthmus) قصبہ اور حنجرہ سے مضبوطی سے منضم ہوتی ہے اسلئے کھنکھنے کے دوران میں یہ اوپر نیچے حرکت کرتی ہے۔ اور یہ امر گھینگے کے

دوسرے غنی سلمات سے تشخص کرنے میں نہایت ہی عظیم الاءمیت ہے۔ غنی ردا کا ایک مضبوط زائدہ (بیری: Berry) کا تعلیقی رباط) اس غدہ کو حلقی غضروف کی ہر ایک جانب سے باندھ دیتا ہے اور قبل اسکے کہ اسکا مکمل طور پر علیحدہ کرنا ممکن ہو اسے کاٹنا پڑتا ہے۔ جب غدہ درقیہ کلانی یافتہ ہو جاتا ہے تو یہ جانبین پر قصبہ میں بدشکل پیدا کر دیتا ہے اور اسے تنگ کر دیتا ہے۔ جس سے ”نیام“ (scabbard) کا سا منظر پیدا ہو جاتا ہے۔ اور جب کلانی سرعت کے ساتھ واقع ہوتی ہے تو اس حالت کے رونما ہونے کا اور زیادہ امکان ہوتا ہے۔ کیونکہ اس کا جسم قصی لامی (sterno-hyoid) قصی درقی (sterno-thyroid) اور کٹنی لامی (omo-hyoid) عضلات سے اپنی جگہ پر جبر رہتا ہے۔ درقی جسم کی موضیہ بیرونی سطح بڑے بڑے عروق کے غلاف کے ساتھ مس کرتی ہے اس لئے جب یہ غدہ کلانی یافتہ ہو جاتا ہے تو اس میں سے ان عروق کے فیضانات باسانی منتقل ہوتے رہتے ہیں (شکل ۵۳) مزید برآں پیچھے کی طرف یہ عام طور پر بلعوم کے نیرین حصہ اور مری کے بالائی حصہ کو مس کرتا ہے اور اس رخ میں جو کلانیاں واقع ہوتی ہیں ان سے اور نیز اس مداخلت سے جو ابتلاء میں منجھہ کی حرکت میں واقع ہوتی ہے اس تکلیف کی توجیہ ہو سکتی ہے جو نگلنے کے دوران میں گھٹنے میں اکثر دیکھنے میں آتی ہے۔

219

درقی غدہ کی خاکنائے اس عطفہ سے نمودار ہوتی ہے جو مضغہ میں بلعوم کی اگلی دیوار سے زبان کے چانوی اور لامی حصوں کے درمیان سے بروز کرتا ہے (شکل ۵۶ صفحہ 231) زبان کا سورخ (foramen cæcum) اس نقطہ کو لٹا ہر کرتا ہے جہاں سے یہ عطفہ بلعوم سے پیدا ہوا تھا۔ اس سورخ سے بعض اوقات ایک قنات نکلتی ہوئی پائی جاتی ہے (درقی لسانی (thyro-glossal) جو عظم لامی کے قریب کے معین غدی تودوں کو جاتی ہے۔ اس ہڈی کے قرب وجوار میں معین غدے اور چھوٹے چھوٹے دیرے جن کا استر مرحلہ سے بنا ہوتا ہے اکثر پائے جاتے ہیں۔ یہ غدے معم نام نہاد ہرم یا وسطی نختہ کے اس ابتدائی عطفہ کی گردن کا باقی ہوتے ہیں۔ عظم لامی کے لیول کے نیچے وسطی غنچہ (median bud) تقسیم ہو جاتا ہے۔ اس لئے ہرمی نختہ دائیں یا بائیں قسمت کا قائم مقام ہوتا ہے اور کبھی خط وسطی میں واقع نہیں ہوتا۔ ہرم (pyramid) جو عضلہ رافعہ درقیہ (levator thyroideæ) کے ذریعہ سے عظم لامی کے ساتھ تقریباً ہمیشہ ملا ہوتا ہے امتحان کردہ موضوعات میں سے ۹ فیصدی میں موجود ہوتا ہے (سٹرکیسن: Streckisen)۔ جانبی نختہ چوتھی مثالی درزوں سے نمودار ہے (شکل ۵۶)۔ وسطی عطفہ گاہے گاہے جانبی درزوں میں سے



ایک کے ساتھ متحد ہونے میں ناکام رہ جاتا ہے۔ اس حالت میں خاکائے کا کچھ حصہ غائب ہوتا ہے۔  
چھوٹے چھوٹے معین درقی اجسام اکثر موجود ہوتے ہیں۔

غده درقیہ کے ذبول سے یا مرض سے اس کے تباہ ہونے سے جسم کا ایک عمومی عارضہ پیدا ہو جاتا ہے جو **مخاطلی اذیما (myxoedema)** کے نام سے موسوم ہے۔ یہ عارضہ قمائت (cretinism) سے خاصکر جہانتک اس کے گھینگے کے مریضوں میں پائے جانے کا تعلق ہے قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ مخاطلی اذیما (myxoedema) عملیہ سے تمام غده کا استیصال کر دینے کے بعد نمودار ہوتا ہے اور یہ بندروں میں غده کے تجزیاتی ازالہ سے پیدا کیا جا چکا ہے مخاطلی اذیما (myxoedema) کا ایک نمایاں خاصہ زیر جلدی بافتوں کا ورم ہے جو زیر جلدی بافتوں میں ایک مخاطین نما جسم کے اجتماع سے پیدا ہوتا ہے۔

220

**عرق حرکی اعصاب** درقیہ تک عنقی مشار کی سلسلہ کے یوں حصہ کے راستہ سے پہنچتے ہیں۔ اور اسی راستہ سے اعصاب اوپر کی طرف کو آنکھ تک جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 68) لیریا معلوم ہوتا ہے کہ یہ اعصاب مرکزی طور پر غالباً نخاع مستطیل سے تعلق رکھتے ہیں کیونکہ بعض حالتوں میں درقیہ کی کلائی کے ساتھ آنکھ کا بروز بھی پایا جاتا ہے (مخوفی گھینگا: exophthalmic goitre)۔ اشیر (Asher) اور فلیک (Flack) نے یہ دریافت کیا ہے کہ جسم درقی کے اندرونی انفرادی صغریٰ اعصاب کے مہجان سے زیادتی پیدا کی جا سکتی ہے۔  
غده درقیہ کے عروق لمف کثیر التعداد ہیں اور یہ عمیق عنقی اور فوقانی منصفی (superior mediastinal) لمفی غدد کو جاتے ہیں۔

**عرقی رسد**۔ فوقانی درقی شریان غده میں جانبی لمفہ کے راس پر پہنچتی ہے اور زیادہ تر اسکی مقدم سطح پر منقسم ہوتی ہے۔ تحتانی درقی شریان اس لمفہ کے یوں حصہ میں اسکی موخر جانب پر داخل ہوتی ہے۔ غده کے استیصال میں اس عرق کو باندھنے اور غده کے یوں حصہ کو چھڑاتے وقت باز گرد مخبرجی عصب (recurrent laryngeal nerve) کو ضرر پہنچنے کا بہت خطرہ ہوتا ہے۔ اگر یہ کٹ جائے یا بندش میں آجائے تو خنجرہ کے وہ جملہ عضلات جو اس طرف ہوتے ہیں سوائے عضلہ حلقیہ درقیہ (crico-thyroid) کے مشلول ہو جاتے ہیں۔ زیر ترین درقی شریان (thyroidea ima artery) جو جسم درقی کیلئے ایک زائد عرق ہوتا ہے اور جو عام طور پر لاسمی (innominate)

سے پیدا ہوتی ہے اور قصبہ کی اگلی جانب پر اوپر کی طرف کو جاتی ہے ہر دس موضوعات میں سے ایک پر پائی جاتی ہے۔

221

**نزد در قیہ (parathyroids)** چھوٹے چھوٹے بیضہ نما اور جلی ہوئی مٹی (terra cotta) کی رنگت کے اجسام ہوتے ہیں، جنکی جسامت مٹر کے چھوٹے چھوٹے دانوں کے برابر ہوتی

انکی ترکیبی غلیات عظیم الجسامت اور کثیر الاضلاع ہوتی

ہیں اور انکا خلیہ مایہ ایوسین (eosine) سے سہل التوشیح

ہوتا ہے اور یہ شبکہ عائد میں مجتمع ہوتے ہیں۔ تمام

یا اکثر نزد در قیوں کو دور کر دینے یا انکو ضرر پہنچنے سے

تکثر ز پیدا ہو جاتا ہے، اور کیلسیم کے تحول میں نقائص

پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ ہر ایک طرف بالعموم دو ہوتے

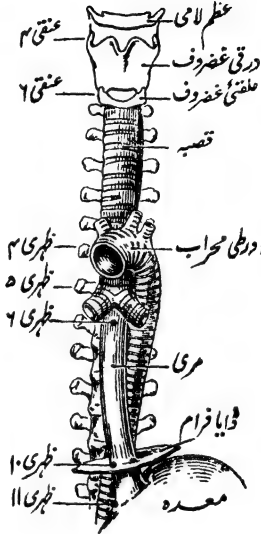
ہیں۔ ایک جسم در قی کے جانبی نختہ کے زیر قلب

کے پیچھے اور دوسرا تھائی در قی (inferior thyroid)

کی انتہائی شاخوں کے بیچ میں۔ فارستھ (Forsyth)

کا یہ بیان ہے کہ جوں جوں عمر بڑھتی جاتی ہے انکی

جسامت گھٹتی جاتی ہے۔



## مری (oesophagus) یا غذا کی

شکل ۵۴۔ مری اور اسکے تعلقات۔

یعنی حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے زیر کنارے کے پیچھے شروع ہوتی ہے۔ اور ڈایا فرام کے دسویں نہری فقرہ کے مقابل منقرب کرتی ہے۔ اس مقام کی نشان دہی کمر پر نوین نہری فقرہ کے متراکب شوک سے ہوتی ہے۔ اس شوک کے ذرا بائیں طرف مسماع الصدر رکھ کر سیال معدہ میں داخل ہوتا ہوا سنا جاسکتا ہے۔

چھوٹے سے زیر ڈایا فرامی ممر کے بعد جو تقریباً ۱۲ انچ کے قریب ہوتا ہے، یہ معدہ میں عیاں نہری فقرہ کے تقریباً بالائی حصہ کے لیول پر کھلتی ہے۔ غذا کی نالی میں تین خم ہوتے ہیں ایک مقدم مخر جو شوکی عود کا منظر ہوتا ہے اور دوسرے دو جانبی ہوتے ہیں۔ خط وسطی پر سے

یہ شروع ہوتی ہے، اور گردن کی جڑ تک بائیں جانب کو ذرا سی منحرف ہو جاتی ہے۔ پھر یہاں سے پانچویں ظہری فقرہ تک یہ خط و سلی تک بتدریج واپس آجاتی ہے! اور انجام کار یہ پھر بائیں طرف کو مڑ جاتی ہے! اور ساتھ ہی ڈایا فرام کو منقرب کر نیچے لائے آگے کی طرف کو بڑھتی ہے۔ باوجود ان خنواؤں کے ماہرین استوار اور سیدھی معدہ بین منہ سے معدہ تک گذار سکتے ہیں۔ اسکی لمبائی ۹ سے ۱۰ انچ تک ہوتی ہے۔ غذا کی نلی میں تین تنگ حصے ہوتے ہیں۔ ایک اسکی ابتدا پر ہوتا ہے، اور ایک وہاں ہوتا ہے جہاں بایاں شعبہ اسکو عبور کرتا ہے، اور تیسرا وہاں ہوتا ہے جہاں یہ ڈایا فرام میں سے گزرتی ہے۔ انہی تین تنگ مقامات پر اجسام غریبہ کے اکٹھے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے، اور اکل اشیا کے ٹکٹے سے یہیں تصفیقات نمودار ہوتے ہیں، اور سرطان کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان بھی یہیں ہوتا ہے۔ بوجی (bougie) گذارتے وقت یہ مقامات سامنے کے دانتوں سے ۷، ۸، ۹، ۱۰ انچ اور ۱۱ انچ کے فاصلہ پر پائے جاتے ہیں۔ جیسا کہ طعام بیریم سلفیٹ (barium sulphate meal) کے کھلانے کے بعد شعاعی ترسیم میں دیکھا جاتا ہے، پہلا بچاؤ چھٹے غرقہ کے سایہ کے مقابل اور دوسرا چھٹے ظہری فقرہ کے سایہ کے مقابل اور تیسرا دسویں ظہری فقرہ کے لیول پر پایا جاتا ہے۔ مری کی ابتدا اور انتہا پر تنگی پائے جانے کی وجہ یہ ہے کہ ان مقامات کا عضلی نظام عاصری نوعیت کا ہوتا ہے۔ اور غذا گذارنے کے وقت کے علاوہ ان مقامات پر دروند بند رہتا ہے۔ بعض حالتوں کے زیر اثر مری نیچے کمرے کے عاصیہ تشنج کی حالت پیدا ہو جاتی ہے، جس سے اجتماع غذا کے باعث مری میں اتساع واقع ہو جاتا ہے۔ مری کے کھلا ہونے کی حالت میں ان مقامات میں سے ہر ایک کا قطر ۱/۲ (۱۳) ملی میٹر سے ذرا زائد ہوتا ہے اور باقی مقامات پر تقریباً ۳/۴ (۱۷) تا ۲۱ ملی میٹر) ہوتا ہے۔ زور سے اتساع کرنے سے اوپر کے دونوں تنگ حصے ۱۸ تا ۱۹ ملی میٹر تک اور نیچے کا حصہ ۲۵ ملی میٹر اور باقی غذا کی نالی تقریباً ۱ ۱/۲ (۳۵) ملی میٹر کے قطر تک تسع کی جا سکتی ہے۔

مری کے علاقہ جات میں سے مندرجہ ذیل امور کی مثالیں جراحی مزاولت میں دیکھنے میں آتی ہیں:- غذا کی نلی تقریباً تمام ممر میں فقری عمود کی سامنے کی طرف سے قریبی تعلق رکھتی ہے۔ گردن میں قصبہ اسکے من سامنے ہوتا ہے۔ صدر میں بایاں شعبہ بائیں شعبتی غد و گرد قلب اور بایاں بطن اسکے سامنے ہوتے ہیں اور دونوں اعصاب تانیہ (vagi) اسکے ارد گرد ایک ضغیرہ بنا دیئے ہیں۔ بائیں شعبتی غد و کلائی یافتہ ہونے کی حالت میں بعض اوقات غذا کی نلی پر دباؤ ڈال دیتے ہیں، اور بعض اوقات اس سے منضم ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات یہاں تک بھی ہوتا ہے کہ یہ اس میں

مختص المقام لینت پیدا کر دیتے ہیں اور عطفات کی پیدائش کا باعث بھی ہوتے ہیں۔ صدری قنارہ (thoracic duct) صدر کے بالائی حصہ میں پیچھے سے گذر کر غذا کی نلی کی بائیں جانب پر آ جاتی ہے۔ اونچے کے حصہ میں اور طہ جو پہلے مری کی بائیں جانب ہوتا ہے، بتدریج اسکی پچھلی جانب پر پہنچ جاتا ہے۔ مزید برآں یہ کسی حد تک دونوں پلوراؤں سے بھی تعلق رکھتی ہے گردائیں جانب کی غشا سے اسکا تعلق خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔ اخیر میں باز گرد حنجری (recurrent laryngeal) عصب اسکے اور قصبہ کے درمیان اوپر کی طرف کو جاتا ہے (دیکھو شکل ۶۲ صفحہ 264)۔

مری کی حسی عصبی رسد زیادہ تر جل کے پانچویں ٹھہری قطعہ سے آتی ہے (ہیڈ Head:۔ غذا کی نلی کے سرطمان یا استراقات کی حالت میں درد اس قطعہ کی جلد سے منسوب ہوتا ہے) (دیکھو شکل ۸۵ صفحہ 390)۔

جو اجسام غریب غذا کی نلی میں پھنس جاتے ہیں ان سے تقرحات کے پیدا ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے جو بعض اوقات ہم پہلو حصوں مثلاً اور طہ، قصبہ یا شعبہ میں کھل جاتے ہیں۔ غذا کی نلی کا سرطمان جب پھیلتا ہے تو ہم پہلو حصوں پر اسکے حملہ آور ہونے اور خاص کر قصبہ یا شعبہ جات میں کھل جانے کا امکان ہوتا ہے۔ پلورا تک پھیلنے کی حالت میں یہ بالعموم دائیں پلورا پر اثر انداز ہوتا ہے کیونکہ یہ غشا غذا کی نلی سے زیادہ قریبی تعلق رکھتی ہے۔ غذا کی نلی کا سرطمان کبھی کبھی اس طرح پھیلتا ہوا بھی دیکھا گیا ہے کہ اس سے جسم درفی گرد قلبہ اور شش ماؤف ہو گئے ہیں اور ایک حالت میں بین ضلعی شریان اور دوسری میں دائیں زیر ترقوی (subclavian) کھل گئی تھی۔

## مریوی تشوہات (oesophageal malformations)۔ نوزائیدہ

میں مری کا بالائی حصہ بعض اوقات کورانہ ختم ہو جاتا ہے اور نیچے کا حصہ ایک فتح سے شروع ہوتا ہے جو قصبہ کے دو حصوں میں منقسم ہونے کے مقام میں یا اسکے قریب واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ دودھ پہلے منجھڑ اور قصبہ سے گذر کر ہی معدہ میں جاسکتا ہے۔ دم گھٹنے یا غفونی ذات الریہ سے موت جلد ہی واقع ہو جاتی ہے۔ یہ حالت اس فاصل کے سو نمونوں کا نتیجہ ہوتی ہے جو آخر میں قصبہ اور مری کو علیحدہ

کرتا ہے۔ غشاء مخاطی کے فشاری عطفات (pressure diverticula) گاہے گاہے موثر جانب پر مری اور بلعوم کے مقام اتصال پر مری کے بالائی عاصی کے عین اوپر رونما ہوتا ہے۔ یہ بلعومی جلیبوں (pharyngeal pouches) کے نام سے موسوم کئے جاتے ہیں۔ اور عضلہ مضیقہ سفلی (inferior constrictor) کے پیرین کنارہ اور ان عاصی ریشہ جات کے درمیان بروز کرتے ہیں جو مری کے بلعومی دہنہ کو گہرے ہوتے ہیں۔ یہ عطفات اسس لئے حلقی غضروف (cricoid cartilage) کے مقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چونکہ جیب کا قعر مری کے بالائی سرے اور عمودشوی کے درمیان واقع ہوتا ہے اسلئے جب یہ غذا سے پُر ہوتا ہے تو مری کی ابتدا کو لازمی طور پر مضبوط کر دیتا ہے۔ شاذ و نادر ایسا بھی ہوتا ہے کہ پیرین سرے کے قریب مقدم دیوار سے چھوٹے چھوٹے جری عطفات (traction diverticula) پیدا ہو جاتے ہیں۔

پھنسنے ہوئے اجسام غریبہ بالعموم مری بین (oesophagoscope) میں سے

دور کئے جاتے ہیں۔ مگر کبھی کبھی جب یہ آلہ حاصل نہیں ہو سکتا مری تنگانی (oesophagotomy)

کرنا لازم ہوتا ہے۔ غذا کی نلی تک عام طور پر بائیں جانب سے رسائی کی جا سکتی ہے کیونکہ یہ اسی طرف کو زیادہ نکلی ہوئی ہوتی ہے۔ شکاف عضلہ قصیہ حلیہ (sterno-mastoid) اور قصبہ کے درمیان اسی رخ میں دیا جاتا ہے جس میں مشترک سباتی (common carotid) کے باندھنے کے لئے دیا جاتا ہے۔ درقی غضروف کی چوٹی سے لیکر قصی ترقوی مفصل تک کاٹ دیا جاتا ہے۔ عضلہ کتفیہ للمیہ (omo-hyoid) کو یا تو باہر کی طرف کھینچ لیا جاتا ہے یا اسے کاٹ دیا جاتا ہے۔ بڑے بڑے عروق و خنجرہ یا ورغہ درقیہ ایک طرف کو کھینچ لئے جاتے ہیں اور اس امر کے متعلق ضرور احتیاط کرنا چاہئے کہ نہ تو یہ ساختیں زخمی ہوں اور نہ درقی عروق و صدری قنات (thoracic duct) یا بازگرد عصب (recurrent nerve) ہی کو نقصان پہنچے۔ جب غذا کی نلی ممر ہو جاتی ہے تو اسے انتصابی شکاف سے کھولا جاتا ہے۔ جب کبھی اس نلی کے عنقی حصہ سے کسی عطفہ یا سرطان کی علامت کی مقصود ہو تو اس تک اسی طرح رسائی حاصل کی جا سکتی ہے۔ صدی حصہ تک بائیں جانب پہنچھلی طرف سے کئی ایک پسلیاں دور کرنے اور مری تک پلورا کے باہر سے رسائی کرنے سے پہنچا جا سکتا ہے (لی لیلینٹھال: Lilienthal)۔

## بڑے بڑے عنقی عروق - بڑے بڑے عنقی عروق کا ممر اور انکے تعلق

تشوہات معد ان عملیہ جات کے جن سے اپنے بندش لگائی جاسکتی ہے اور میزان طریقہ ہائے کار متعلق ذرا اسی باتیں نہ صرف عملی جراحی کی کتابوں میں بلکہ تشریح کی بڑی بڑی نصابی کتب میں بھی اس تفصیل سے بیان کی گئی ہیں کہ یہاں اس مضمون کے متعلق کچھ کہنے کی ضرورت نہیں۔ (carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے بڑے بڑے تعلقات شکل ۸ صفحہ ۲۲۵ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔

چونکہ عنقی اتصالی بافت ڈیصل ڈھالی ہوتی ہے، اس لیے اس میں انورس مپیدا تیزی سے بڑھ سکتے ہیں اور ”دباؤ کے علامات“ بالعموم جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں۔ انکی مثالیں اور جراحہ اعلیٰ کا نمایاں پہنچ اور نیلا پن ہیں جو بڑی بڑی وریدوں پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہیں، اور حنجری علامات ہیں جو باز گرد عصب (recurrent nerve) یا قصبہ پر دباؤ پڑنے سے پیدا ہوتے ہیں، اور ڈایا فرام کانشنج ہے جو ڈایا فرامی (phrenic) عصب پر دباؤ پڑنے سے رونما ہوتا ہے، اور مشار کی کا صدر، اور دوران سر اور ناقص بصارت ہیں جو دماغ کی عدہ سے پیدا ہوتے ہیں۔

225

صرع کے مریضوں میں فقری شریان (vertebral artery) پر بندش لگائی جائے مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ اس سے فائدہ ہوا ہے یا نہیں۔ اسکے ارد گرد عرق حرکی اعصاب ہوتے جو تحتانی عنقی عقدہ سے آتے ہیں اور یہ لازمی طور پر ساتھ ہی بندھ جاتے ہیں۔ اس شریان عضلہ قصبہ حلیہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارہ کے ساتھ ساتھ ترقوہ کے مین اوپرنگ دینے سے رسائی کیجا سکتی ہے (دیکھو شکل ۸ صفحہ ۱۹۷)۔ اسکے بعد سبباتی درنہ (rotid tubercle) کی تلاش کیجاتی ہے اور عموماً اسکے نیچے عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (alenus anterior) اور عضلہ طویلہ عنقیہ (longus colli) کے درمیانی رخنہ میں شریان واقع ہوتی اس طریق کار میں معتدبہ دقتیں پیش آتی ہیں۔

## وریدوں میں ہوا کا دخول - گردن کی وریدیں تنفسی حرکات کے زہ

ہیں۔ انہیں مہبوط واقع نہیں ہوتا کیونکہ یہ ارد گرد کی رداؤں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اور اس

ایک عمدہ مثال اس مقام پر پائی جاتی ہے جہاں خارجی وداچی (external jugular) ورید عنقی ردا کو فوق تر قوی فضا میں منتقل کرتی ہے۔ دورانِ شہیق میں یہ عروق کم و بیش طور پر خالی ہو جاتے ہیں۔ اور دورانِ زفیر میں یہ کلانی یافتہ اور تڑاؤ دار ہو جاتے ہیں۔ بہت کم کم کہ سانس آئینی حالت میں انکی جسمانی بعض اوقات بہت ہی بڑی ہو جاتی ہے۔ دوسری وریدیں جو صدر کی امتصاصی قوت کے زیر اثر ہیں صرف بغلی ورید اور اسکی بڑی بڑی معاون وریدیں ہیں۔ جب ان عروق میں سے کوئی ایک زخمی ہو جاتا ہے اور زخم ایک لمحہ کے لئے خشک رہتا ہے تو دورانِ شہیق میں ہوا آسانی سے اندر کھج جاتی ہے اور اس سے دموی عروق شہیریہ کی سدا بیت پیدا ہو جاتی ہے۔

## گردن کی وریدوں کے اندر کے مصاریع - زیر تر قوی

(subclavian) اور انکی معاون وریدوں میں مصاریع با فراط پائے جاتے ہیں۔ گردا خلی وداچی (internal jugular) میں صرف ایک جوڑا ہوتا ہے جو اُس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں یہ ورید لائسی ورید (innominate vein) میں داخل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ لائسی ورید اور فوقانی ورید اجوف (superior vena cava) میں مصاریع نہیں ہوتے۔ جب صدر میں وریدی دباؤ بہت بڑھ جاتا ہے جیسا کہ بھاری بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو صرف اعلیٰ وداچی ورید کے نہائی مصراع ہی اس دباؤ کو دماغ میں منتقل ہونے سے روکتے ہیں۔ جن حادثات میں صدر دفعۃً مضبوط ہو گیا ہو انہیں سراور گردن حادثہ کے بعد کئی دنوں تک نیلے رہتے ہیں (ضرری تپے نفسی : traumatic asphyxia)۔ یہ نیلا پن غالباً وداچی مصراعوں کے کمزور ہو کر راستہ دے دینے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس لیے سراور گردن کے عروق شہیریہ پر اس سے زیادہ دباؤ پڑ جانا ہے جتنا کہ وہ برداشت کر سکتے ہیں۔

## جبل مشار کی کا حصہ عنقی - اگر گردن کے کسی عملیہ کے دوران میں جبل مشار کی

جو فوقانی وسطیٰ اور تحتانی عنقی عقدوں کو ملاتا ہے کٹ جائے یا کسی بندش میں شامل ہو جائے تو واضح علامت کا ایک سلسلہ پیدا ہو جاتا ہے جو زیادہ تر اسی طرف کی آنکھ اور مجھ میں دیکھنے میں آتا ہے۔ یہ یاد ہو گا کہ جو عصبی ریشہ جات عنیبہ کے متوج عضلہ اوپر کے چوٹے کے غیر مخطط جفتی عضلہ مجھ کے غیر مخطط عضلہ اور چہرہ کے عرقی غد کو رسد پہنچاتے ہیں اور نیز چہرہ، زبان اور گردن کی

شریانوں کو عرق حرکی شریانیں بھیجتے ہیں وہ جبل شوکی سے پہلے اور دوسرے اعصاب کی مقدم جڑوں کے ذریعہ سے نکلتے ہیں۔ یہ عقیقی جبل تک ان دونوں اعصاب کے سفید فروغ میں جاتے ہیں اور جوہل غلاف سبائی کے پیچھے ہوتی ہے یہ اس میں سے اوپر چڑھتے ہیں۔ پرویز سٹورٹ (Purves) (Stewart) نے ایک عورت کا واقعہ درج کیا ہے، جس میں گردن کی دائیں جانب سے تدرنی غدود کرتے وقت جبل مشار کی کٹ گئی تھی۔ ”دایاں پوٹا کب قدر لٹک گیا تھا چہرہ کی دائیں طرف بائیں طرف کی نسبت کم سرخ ہوتی تھی۔ اور جب وہ چباتی تھی تو دائیں آنکھ کے نیچے ایک چھوٹے سے قطعیں پسینہ حد سے زیادہ آتا تھا۔ دایاں حدقہ موسع حدقی (dilator pupillæ) کے شلل کی وجہ سے بائیں کی نسبت چھوٹا تھا۔ مزید برآں متاثر حدقہ سایہ کرنے پر قمع نہیں ہوتا مگر روشنی کے اثر اور استدقاق سے فوراً منقبض ہو جاتا ہے۔ ہڈی شوکی معکوس (cilio-spinal reflex) غائب ہو جاتا ہے اور جب گردن کی دائیں طرف کی جلد پر چٹکی بھری جاتی ہے تو حدقہ قمع نہیں ہوتا۔“

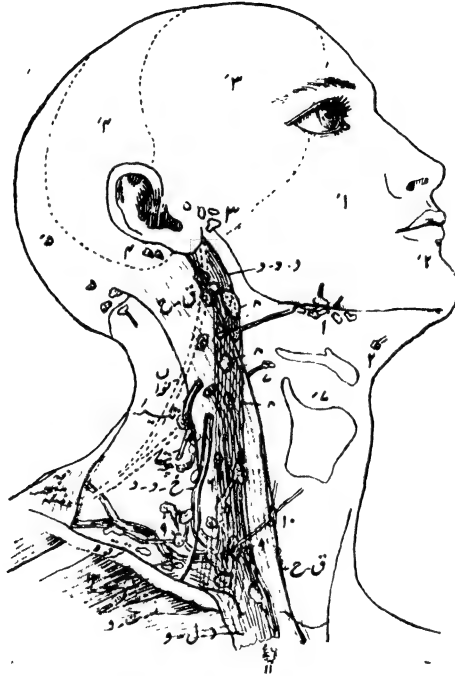
227

سر اور گردن کے لمفی غدود کثیر التعداد ہیں اور مندرجہ ذیل گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں (شکل ۵۵)۔

- (۱) زیر چالوی (submandibular) غدود مقدار میں ۱۰ تا ۱۵ ہوتے ہیں اور جڑے کنیرین کنارہ پر عقیقی ردا کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ (۲) فوق لامی (suprahyoid) تعداد میں ۱ یا ۲ ہوتے ہیں اور خط وسطی کے قریب ٹھڈی اور عظم لامی کے درمیان واقع ہوتے ہیں۔ (۳) عقیقی یا پیش اذینی گروہ جو غده تکفہ کے اندر اور اسکے اوپر واقع ہوتا ہے۔ (۴) پس اذینی یا علمی تعداد میں ۲ تا ۴ ہوتے ہیں اور زائدہ علمہ پر واقع ہوتے ہیں۔ (۵) قذالی (occipital) تعداد میں ۳ تا ۵ ہوتے ہیں اور عضلہ مرکبہ (complexus muscle) کے لمفی پر واقع ہوتے ہیں۔ (۶) علمی عقیقی غدود اکثر موجود نہیں ہوتے اور یہ عضلہ قصیہ علمہ (sterno-mostoid) کے اوپر خارجی وادجی (external jugular) ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ (۷) انجری تعداد میں ۱ تا ۳ ہوتے ہیں اور عظم لامیہ کے قرن اعظم کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ (۸) بالائی عمیق عقیقی گروہ۔ یہ تعداد میں ۱۰ تا ۲۰ ہوتے ہیں اور داخلی وادجی (internal jugular) ورید کے بالائی حصہ اور اس مقام کے اوپر واقع ہوتے ہیں جہاں مشترک سبائی (common carotid) شریان دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ (۹) زیرین عمیق گروہ۔ یہ داخلی وادجی



زیر ترقوی (subclavian) خارجی و داجی (external jugular) اور مستعرض عنقی (transverse cervical) وریدوں کے انتہائی حصول کو گھیرے ہوتا ہے یہ گروہ بغلی (axillary) 228



شکل ۵۵ سراور گردن کے لمفی غدود کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔ عضلہ قصبہ صلیبیہ (ق - ح) عضلہ منخرن فرسہ (م - م) داخلی و داجی ورید (د - و - و) - زیر ترقوی ورید (نہ - ح - و) اور دائیں لائسی ورید (د - ل - و) کے خاکہ جات ظاہر کئے گئے ہیں۔

۱۔ زیر ترقوی غدود - آ - جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۲۔ فوق لامی غدود - ۲۔ جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں۔

۳۔ پیش اذینی غدود - ۳۔ جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۴۔ پس اذینی غدود - ۴۔ جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۵۔ قذالی غدود - ۵۔ جس رقبہ کے عروق یہ وصول کرتے ہیں - ۶۔ خارجی و داجی ورید کے سامنے سطح عنقی غدود کے محل کو ظاہر کرتا ہے - ۷۔ حنجری غدود - ۸۔ ۸۔ بالائی میں عنقی غدود - ۹۔ ۹۔ ۹۔ زیر عینی میں عنقی غدود - ۱۰۔ غدود رقبہ سے لف وصول کرتا ہے - ۱۱۔ فوقانی نصفی غدود - ۱۲۔ بغلی غدود۔

اور منصفی (mediastinal) غدد کے ساتھ مسلسل ہو جاتا ہے۔

یہ غدد اکثر کلائی یافتہ اور ملتبہ ہو جاتے ہیں اور لمفی نظام کے اسی حصہ میں لمفی غدد کی تدریجی کلائی نہایت کثرت سے پائی جاتی ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ غدد میں جو الہیاتی خواص پائے جاتے ہیں وہ ہمیشہ ثانوی قسم کے ہوتے ہیں اور اطراف جسم کے ان حصوں کے اختلالات کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے یہ فرداً فرداً لُف وصول کرتے ہیں۔ لہذا یہ مناسب ہو گا کہ بعض غدد کے تعلقات کو اطراف جسم کے بعض حصوں سے منسوب کر لیا جائے۔

چاندلی۔ مونو حصہ = قذالی اور پس اذینی غدد۔ جبہ اور جداری حصہ جات = پیش اذینی غدد (شکل ۵۵)۔

مزید برآں چاندلی کے عروق غدد کے سطحی عنقی گروہ میں بھی داخل ہوتے ہیں۔  
چہرہ اور گردن کی جلد = زیر چانوی۔ پیش اذینی اور سطحی عنقی غدد۔

229

اذن خارجی = سطحی عنقی غدد۔

نیچے کالِب = زیر چانوی اور فوق لامی غدد۔

کہنقہ دہن = زیر چانوی غدد اور عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

نیچے کے جبرے کے مسوڑے = زیر چانوی غدد۔

زبان۔ مقدم حصہ = فوق لامی اور زیر چانوی غدد۔ مونو حصہ = عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

لوزتین اور حنک = عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

بلعوم۔ بالائی حصہ = پیش اذینی اور پس بلعومی غدد۔ زیرین حصہ = عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

حنجرہ۔ مجر اور منہ کی چھت = عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔

انفی حفرہ جات = پس بلعومی غدد۔ عمیق عنقی غدد (بالائی گروہ)۔ ان حفرہ جات کے

مونو حصہ کے بعض لمفی عروق پیش اذینی غدد میں داخل ہوتے ہیں۔

عینہ عنقی غد کے دور کرنے میں متعدد بافتوں کے زخمی ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ غد اکثر داخل داجی (internal jugular) ورید کے ساتھ مضبوطی سے منضم ہو جاتے ہیں۔ بالاترین غد شوکی معین (spinal accessory) عصب کو گھیرے ہوتے ہیں۔ سطحی عنقی اعصاب زیریں عینقی عنقی گروہ کے غد میں سے گزرتے ہیں۔ صدری قنات (thoracic duct) بائیں ترنوی حفرہ کے غد کو علیحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو چکی ہے۔

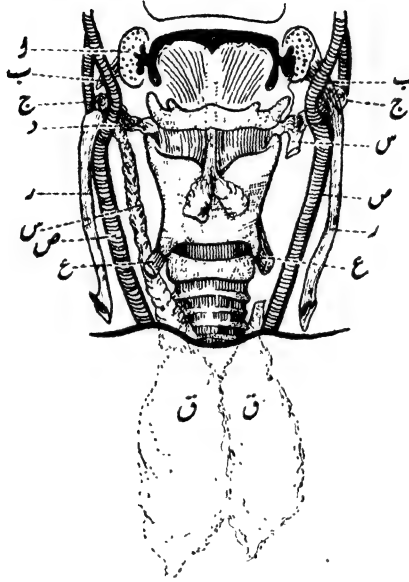
## صدری قنات (thoracic duct) گردن میں۔ اگر ترقوہ کے

بالائی کنارہ پر اسکے قصی سرے سے ۱ انچ کے فاصلہ پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ داخل داجی اور زیر ترقوی وریدوں کے درمیانی زاویہ کی فٹ اندھی کرگیا جس پر یا جس کے نزدیک صدری قنات ختم ہوتی ہے۔ ان ۴۰ اجسام میں سے جن پر ایف۔ جی۔ پارسنس (F. G. parsons) اور پی۔ ڈبلیو۔ جی۔ سارجنٹ (P. W. G. Sargent) نے تحقیق کی ہے، ۲۵ میں یہ قنات داخل داجی ورید کے انتہائی سرے پر ختم ہوتی ہوئی پائی گئی۔ ان واقعات میں سے تقریباً نصف میں قنات کا آخری حصہ منقسم ہو گیا تھا۔ اس کے ستر دودھنہ جات ہوتے ہیں اور بعض اوقات ان کی تعداد چار تک بھی پہنچ جاتی ہے۔ اختتام پر یہ قنات عضلہ مختلف الاضلاع مقدم (scalenus anticus) اور ڈیافرامی (phrenic) عصب پر سے باہر کی طرف کو اپنے مقام دخول سے اوپر خم کھاتی ہے جہاں اس میں بالعموم مصاریع ہوتے ہیں۔ اس قنات کی بندش سے قاعدۂ ناموافق علامات پیدا نہیں ہوتے، اور یہ اس کے اور صدر کی دائیں جانب کیے عروق لف کے درمیان آزادانہ موجود ہونے اور مجسود وریوں (azygos veins) کے ساتھ رابطہ رکھنے کا نتیجہ ہے (لیف: Leaf)۔ جب یہ قنات بائیں مشترک باقی (common carotid) اور زیر ترقوی (subclavian) شریانوں کے پیچھے سے گردن میں داخل ہونے کے لئے اوپر کیلئے چڑھتی ہے تو یہ پیچھے کے پلورے سے کٹتی ہوئی جاتی ہے۔ دائیں جانب میں قنات صدری (thoracic duct) کا قائم مقام دایاں لٹنی تنہا ہوتا ہے۔ ان دونوں بڑے بڑے لٹنی مجاری کے معاونوں میں صدر میں آزاد راہ وربط پایا جاتا ہے۔

خیشومی ناسور (branchial fistulae)۔ کبھی کبھی گردن میں بعض خلقی ناپو

پائے جاتے ہیں جو غیشومی درزی انخفاضات میں سے کسی نہ کسی ایک کے جزوی طور پر برقرار رہنے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ انخفاضات جنین میں غیشومی محرابوں کے درمیان واقع ہوتے ہیں اور ان محرابوں

231



شکل ۵۶ گردن کی مختلف جنبیناتی بقیہ ساختوں کے محل اور تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔

۱۔ لوزو۔ ج۔ لوزی ناچ کا بقیہ حصہ (دوسرے درزی گوشہ سے)۔ ج۔ سباتی جسم خارجی اور داخلی سباتی شریالوں کے درمیان۔ د۔ تیموسیک کی ڈنڈی (تیسری درزی)۔ ہ۔ عینتی جوف (جو بائیں جانب پر دوسری درزی کے گوشہ سے متحد ہے)۔ ص۔ عینتی تیموسیک۔ ص۔ مشترک سباتی۔ ص۔ درقی اور درقی لسانی قنات کا وسطی حصہ۔ ط۔ وسطی رقیہ کا زیر لامی حصہ۔ ح۔ جانبی رقیہ کی ڈنڈی جو چوتھی درزی سے پیدا ہوتی ہے۔ ق۔ ق۔ تیموسیک مدریں۔

تعداد بالعموم پانچ بیان کی جاتی ہے پہلی نیچے کے جڑے اور ملتی (malleus) کے لئے بنیاد کا کام دیتی ہے۔ دوسری سے زائگہ ابریہ (styloid process) ابری لامی (stylo-hyoid) رباط

اور عظم لامی کا قرن اصغر نمونہ پاتا ہے۔ تیسری سے عظم لامی کا جسم اور اس کا قرن اعظم بنتا ہے۔ اور چوتھی اور پانچویں عظم لامی کے نیچے کے گردن کے غصہ و فوفوں اور نرم حصوں کے نگوں میں حصہ لیتی ہیں۔ پہلی درز پہلی اور دوسری محرابوں کے درمیان ہوتی ہے۔ "عققی خیشومی ناسور بہت باریک قنالوں کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں اور گردن کے اگلے حصہ کی ایک یا دونوں جانب پر چھوٹے چھوٹے دھنوں میں کھلتے ہیں۔ اور یہ پیچھے کی اور اندر کی یا پیچھے کی اور اوپر کی سمت میں بلعوم یا مری کی طرف کو جاتے ہیں۔" (پیجٹ: Paget)۔ انکا طول ۱/۲ انچ سے لیکر ۲/۱ انچ تک ہوتا ہے اور انکا قطر حیوانات کے سخت بال اور معمولی سلائی کے قطر کے درمیان درمیان ہوتا ہے عققی ناسور کا دھنہ بالعموم قصی تر قوی مفصل کے مین اوپر واقع ہوتا ہے اور یہ عققی جوف (cervical sinus) کا قائم مقام ہوتا ہے (شکل ۵۶) جو ایک نشیب یا جیب ہوتی ہے جو جنین کی گردن کے نوک کے دوران میں بنتی ہے اور یہ جوف خیشومی اور حشوی درزوں کے مشترک دھنہ کا کام دیتا ہے جن میں نوزہ تیموسیہ اور جانبی درقیہ جات نمونہ پاتے ہیں۔ یہ ناسور اوپر کی طرف کو چڑھتا ہوا مشترک سبائی ثریان کی دو شاخ کی طرف چلا جاتا ہے جہاں یہ بعض اوقات جسم سبائی (جو تیسری درز سے پیدا ہوتا ہے) سے یا نوزی گوشہ سے (جو دوسری درز سے پیدا ہوتا ہے) ربط پیدا کر لیتا ہے۔ اس سے یہ امر ذہن نشین ہو سکتا ہے کہ صرف انہی تاج کی ساختوں اور بروں بالیدوں کے حصے باقی رہ سکتے ہیں۔ ایسے بقیہ حصے عققی دویروں کے لئے بنیاد کا کام دیتے ہیں۔ مزید برآں گردن کے بعض ادمہ نما دویرے اور بعض کثیر دویری خلقی سلعات بھی جو "گردن کے قیلہ مائے" کی ایک شکل میں نمودار ہوتے ہیں انہی خیشومی بقایا سے پیدا ہوتے ہیں۔ ناسوروں کے منہ پر یا اس مقام پر جہاں یہ بالعموم واقع ہوتے ہیں بعض اوقات جلد کے تسے نمودار ہو جاتے ہیں جن میں کبھی کبھی غصہ و فوف بھی ہوتا ہے۔ انکو مستر ادا ذن (supernumerary auricles) کہتے ہیں۔ کیونکہ انکا ناسوروں سے وہی تعلق ہوتا ہے جو اذن خارجی کا پہلی حشوی درز سے ہوتا ہے۔

حنجرہ کا بطین جیسا کہ طبعی طور پر بہت سے بندروں میں پایا جاتا ہے بعض اوقات مستول ہو کر ایک تاج کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو درقی لامی غشائیں سے گزر جاتا ہے اور اس طرح گردن کے حنجری خطہ میں ایک عققی ہوائی دویرہ (cervical air-cyst) یا تاجیہ (sac) بن جاتا ہے۔

# حصہ دوم

## صدر

### باب ہفتم

چھاتی اور اس کے احتشاء

### صدری دیواریں

چھاتی کی دونوں طرفیں شاذ و نادر ہی متشاکل ہوتی ہیں۔ دائیں طرف کا محیط بالعموم زیادہ ہوتا ہے اور اس امر کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ اسکی وجہ جو ارج اعلیٰ کا غیر مساوی استعمال ہے

پاٹ کے مرض (Pott's disease) میں جبکہ ظہری خط ماؤف ہو اور عمود فقری اگے کی طرف کو

بہت خمیدہ ہو گیا ہو تو صدر میں بہت بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس کا مقدمہ موخر قطر زیادہ

ہو جاتا ہے۔ قفس (sternum) آگے کی طرف کو نکل آتا ہے اور عمود فقری کو خمیدہ کرنے سے یہ بھی

خمیدہ کیا جاسکتا ہے پسلیاں دب کر اکٹھی ہو جاتی ہیں اور جسم میں بعض اوقات اسقدر قصرو واقع

ہو جاتا ہے کہ بچہ کی پسلیاں حرقنی عرف (iliac crest) پر مڑا کب ہو جاتی ہیں۔

کبوتر سینگی (pigeon-breast) کی بدشکلی میں قص اور غضروف سامنے کی طرف

کو اس طرح ابھرتے ہیں کہ چھاتی کی مقدم موخر پیمائش بہت بڑھ جاتی ہے اور پسلیوں اور انکے غضروفوں کے خط اتصال کے ساتھ ساتھ ایک عمیق تجویف پیدا ہو جاتی ہے۔ ضلعی غضروفی اتصال

پر جسد ور کے نیچے بیٹھ جانے سے یہ ابھار پیدا ہوتا ہے۔ بچوں میں اور خاص کر کساحت زدہ بچوں

میں صدر بہت نرم اور لمبکدار ہوتا ہے۔ اور اگر ہوا کے داخل ہونے میں کوئی مستقل رکاوٹ موجود ہو

جیسی کہ بہت کلائی یافتہ لوزتین سے ہوتی ہے تو صدری دیواریں کچھ عرصہ کے بعد اس انتظام

کی وجہ سے جو ان پر دوران شہق میں اثر انداز ہوتا ہے دب جاتی ہیں۔ صدر کا کمزور ترین حصہ

ہر ایک طرف ضلعی غضروفی خط کے ساتھ ساتھ ہوتا ہے اور ایسے واقعات میں جسد ور اسی مقام پر

واضع لور پر دیتے ہیں۔ چھاتی کے تشوہات شو کی عمود کے

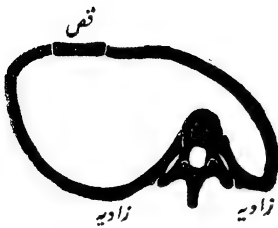
ظہری حصہ کے غیر طبعی انحنائوں کا نتیجہ ہوتے ہیں پسلیاں فقرات سے ضلعی فقری اور ضلعی عسری

رباطات کے ذریعہ سے مضبوطی سے مربوط ہوتی ہیں لہذا فقرات کی وضع کے متغیر ہونے سے ضلعی سلسلہ میں بھی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ جب

ظہری خط میں کسٹم (kyphosis) پیدا ہو جاتا ہے تو شو کہ کالانی حصہ اوپر کی پسلیوں اور قص کے ساتھ ہی آگے اور نیچے کی طرف کجک جاتا ہے۔ اس سے صدر کا مقدم موخر قطر بڑھ جاتا ہے۔

انتصابی اور مستعرض پیمائش کم ہو جاتی ہیں۔ جب ظہری خط میں جانبی انحناء پیدا ہو جاتا ہے تو اس طرف کی پسلیاں جس طرف کو خم واقع ہوتا ہے لازمی طور پر مضبوط ہو جاتی ہیں اور طرف مقابل

کی پسلیاں کسل جاتی ہیں۔ التواء مؤخری (scoliosis of the spine) میں نہ صرف جانبی انحناء



شکل ۵۵ ان تغیرات کو نظر کرتی ہے جو صدر میں التواء کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں۔

(ریڈارڈ: Redard کے مطابق) شو کی انحناء کا انداز دائیں جانب کو ہے اس طرف کی

پسلیوں میں انکے زاویوں پر حادث غم پایا جاتا ہے بقدر (دائیں) طرف کی پسلیوں کا زاویہ کھلا ہے۔

بنجاتا ہے۔ بلکہ فقرات بھی ساتھ ہی گھوم جاتے ہیں۔ فقری اجسام عمود کی محدب جانب کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور انکے شوکی زوائد انحناء کی منفرع طرف کو آجاتے ہیں (شکل ۵)۔ منفرع طرف کی پسلیاں مستعرض زوائد کے دھکیلنے کی وجہ سے آگے کی طرف کو چلی جاتی ہیں اور انکے زوائد کھل جاتے ہیں اور چھاتی کی طرف پیچھے کو چپٹی ہو جاتی ہے۔ دوسری جانب (محدب) پر زوائد ہیچہ نمایاں ہو جاتے ہیں، کیونکہ پسلیوں کے فقری سرے پیچھے کی طرف کو چلے جاتے ہیں اور آگے کی طرف سے یہ اندر کی طرف کو جھک جاتی ہیں۔ اس طرح چھاتی کا مستعرض قطر ترجھا ہو جاتا ہے (شکل ۵)۔ منفرع جانب پر بین ضلعی فضاؤں تنگ ہو جاتی ہیں، حتیٰ کہ پسلیاں بعض اوقات ایک دوسری سے کس بھی کرتی ہیں اور محدب جانب پر فضاؤں وسیع ہو جاتی ہیں۔ صدری احتشاک کی شکل لازمی طور پر خراب ہو جاتی ہے اور ان کا محل تبدیل ہو جاتا ہے۔

235

**قص (sternum) - اوپر کی کور دوسرے اور تیسرے ٹھری فقرات**  
کے درمیان کی قرص کی تناظر ہوتی ہے۔ اور خنجری قصی مفصل دسویں ٹھری فقرہ کے وسط کا تناظر ہوتا ہے۔ جنین میں تکمیل میعاد پر قص کی اوپر کی کور پہلے ٹھری فقرہ کے وسط کے مقابل ہوتی ہے۔ (Symington: سمنگٹن) اسکی مقدم سطح پر ایک مستعرض خید یا زاویر (زاویر کوڈوٹک angulus Ludovici) بالعموم محسوس کیا جاسکتا ہے جو یہ القص (manubrium) اور جسم قص کے مقام اتصال کا تناظر ہوتا ہے اور دوسری ضلعی غضروف کی سیدھ میں ہوتا ہے۔ قصی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis) پر تنفسی حرکت ایک معتد بہ درجہ تک ہوتی ہے۔ صرف بہت بوڑھے آدمیوں ہی میں اس مفصل میں عظمی اتحاد پیدا ہو جاتا ہے۔ اسکا ایک نمایاں نرلابی کہہ ہوتا ہے جسکے ارد گرد مضبوط لیغنی اور لیغنی غضروفی راباطات موجود ہوتے ہیں۔

اس ہڈی میں کسر شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے کیونکہ یہ نرم اور اسفنجی ہوتی ہے اور ہلکا در پسلیاں اور انکے غضروفات اسکو کمائیوں کے ایک سلسلہ کی طرح سہارا دیتے ہیں۔ بوڑھے آدمیوں میں جب غضروفات متعظم ہو جاتے ہیں اور چھاتی زیادہ استوار ہو جاتی ہے تو کسر کے واقع ہونے کا رجحان زیادہ ہوتا ہے۔ قص عمود فقری کی چوٹوں میں نہایت کثرت سے مکسور پایا جاتا ہے اگرچہ سادہ بلا واسطہ ضرب سے بھی اس میں کسر واقع ہو سکتا ہے۔ یہ ہڈی



عمود فقری کو زور سے پیچھے کی طرف یا اسکو دفعہ آگے کی طرف کو جھکانے سے ٹوٹ جاتی ہے۔  
 قفسی یدی (sterno-manubrial) متفصل (قفسی غضروفی: sternal synchondrosis) میں خلع بھی واقع ہو سکتا ہے۔ ان چوٹوں میں ید الفص بالعموم علی محلہ رہتا ہے، مگر قفس کا جسم پسلیوں کے ساتھ اسکے آگے کی طرف کو منتقل ہو جاتا ہے۔

تقریباً محل اور اسفنجی ساخت کی وجہ سے قفس میں بہت سے عوارض مثلاً بوسیدگی اور مضمغیتی گرد عظمی التهاب (gummatous periostitis) کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ہڈی میں تقابلی نرمی یہاں تک پائی جاتی ہے کہ قاتلانہ زخموں کی حالت میں چاقو اس میں سے گذر گیا ہے۔ اس ہڈی کی شکل اور اسکا محل بھی دباؤ سے متغیر ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض اوقات ان اہل حرفہ میں دیکھنے میں آتا ہے جو ایسی خدمتوں پر مامور ہوتے ہیں جن میں اوزاروں وغیرہ کو چھاتی سے دبانا پڑتا ہے۔

بعض اوقات قفس کے وسط میں خاص قسم کے سوراخ پائے جاتے ہیں جنہیں سے منصفی خراج باہر نکل آتے ہیں اور سطحی خراج صدر کی گہرائی میں چلے جاتے ہیں۔ یہ سوراخ دائمی اور بائیں قفسی سلاخوں کے ناقص اتحاد کا نتیجہ ہوتے ہیں جن سے کہ قفس طیار ہوتا ہے۔ جس واقعہ کے متعلق ای گرو (E. Groux) نے اطلاع دی ہے اس میں انتصابی رخ میں ہڈی کے دو حصے علیحدہ علیحدہ پائے گئے تھے، اور رزمنہ عضلی جہد سے وسیع کیا جاسکتا تھا اور قلب جو صرف نرم حصوں سے پوشیدہ تھا معا ہوا جاتا تھا۔ ایک اور واقعہ میں جبکا اندراج ڈگلس (Douglas) نے کیا ہے صرف پنج کا حصہ ہی متحد تھا۔ قفس کا بالائی حصہ انتصابی رخ میں کاٹا جا چکا ہے اور ہر ایک نصف تنظر پسلیوں کے ساتھ ان ساختوں تک رسائی حاصل کرنے کے لئے جو فوقانی منصفی موجود ہوتی ہیں آگے کی اور باہر کی طرف کو الٹایا جا چکا ہے۔

## پسلیاں اتنی ترچھی واقع ہوتی ہیں کہ ایک سلی کا مقدم مراکسی دوسری پسلی کے

مؤخر سرے کے لیول پر ہوتا ہے جو تعدادی ترتیب کے لحاظ سے اس سے کچھ نیچے واقع ہوتی ہے چنانچہ سامنے کی طرف سے دوسری پسلی پچھلی طرف سے پانچویں پسلی کی تنظر ہوتی ہے اور ساتویں کا انتہائی دسویں کا تنظر ہوتا ہے۔ اگر جسم کے گرد کٹ کے تحتانی زاویہ کے لیول پر ایک افقی خط کھینچا جائے جبکہ بازو جسم کے اطراف پر ہوں تو یہ خط سامنے کی طرف قفس کو

چھٹے غضروف کی چسپیدگی پر اور پانچویں پسلی کو صلی خط پر اور نویں پسلی کو عمود فقری پر کرانیکا۔  
 دوسری پسلی کو ایک ستعریض حیدظا ہر کرتا ہے جو قفس پر ہوتا ہے اور جسکی طرف پہلے بھی اشارہ  
 کیا جا چکا ہے (زاویہ ٹوڈوک: angulus Ludovici) عضلہ صدیکیرہ (pectoralis major) کا زیریں کنارہ پانچویں پسلی کی طرف رہنمائی کرتا ہے اور عضلہ منشار کیمرہ (serratus magnus) کا پہلا مرئی نشر شرجی پسلی کا متناظر ہوتا ہے۔ ساتویں پسلی سب سے لمبی ہوتی ہے اور پہلی سب سے چھوٹی۔ سب سے زیادہ ترجیحی پسلی نویں ہوتی ہے۔ جب بازو اپنی طرف پر لٹکا ہوتا ہے تو کتف کا زیریں زاویہ ساتویں پسلی کو پوشیدہ کئے ہوتا ہے۔

237

پسلیاں ٹکڑاں اور بہت خمیدہ ہوتی ہیں اور چونکہ یہ بہت سے رابطات کے ذریعہ  
 ہیکسلی طرف مود سے اور آگے کی طرف دب جانے والے غضروفوں سے چسپیدہ ہوتی ہیں اسلئے  
 یہ کمائی کے خواص سے ایسی چوٹوں کی مزاحمت کرتی ہیں جن سے کسرا قح ہونے کا احتمال ہوتا  
 ہے۔ پسلی میں بالواسطہ ضرب سے کسرا قح ہو سکتا ہے، مثلاً آجت لیٹنے کی حالت میں پیٹے  
 کے جسم پر سے گزر جانے سے۔ ایسی حالت میں قوت کا رجحان ہڈی کے دونوں سروں کو قریب لے  
 اور خم کو بڑھانے کی طرف ہوتا ہے۔ لہذا جب یہ ٹوٹتی ہے تو یہ اصلی خم کی چوٹی پر سے بیہی  
 اپنے وسط کے قریب سے ٹوٹتی ہے۔ قطعاً باہر کی طرف کو شکستہ ہوتے ہیں اور پورا کے  
 منتقبت ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ جب پسلی بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹتی ہے تو ضرر  
 اس مقام پر واقع ہوتا ہے جہاں چوٹ لگی ہو۔ ہڈی اندر کی طرف کو ٹوٹتی ہے اور ہڈی کے  
 خم کا رجحان بڑھنے کی بجائے کم ہونے کی طرف ہوتا ہے اور ٹکڑوں کے پورا کو دریدہ کرنے کا  
 بہت خطرہ ہوتا ہے۔

جو پسلیاں اکثر ٹوٹتی ہیں وہ چھٹی ساتویں اور آٹھویں ہیں کیونکہ معمولی حالات تحت  
 یہ سب سے زیادہ معرا ہوتی ہیں۔ جس پسلی میں کسرا سب سے کم واقع ہوتا ہے وہ پہلی ہے  
 جو تر قوہ کے نیچے پوشیدہ ہوتی ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں پہلی پسلی کی غضروف اکثر  
 ٹکس پائی جاتی ہے اور اسمیں گاہے گاہے کسرا بھی واقع ہو جاتا ہے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ  
 ۵۰ سال سے زائد عمر کے اکثر اشخاص میں پہلی پسلی کی غضروف کم و بیش مدب ٹکس اور تعظم  
 ہوتی ہے اور اسلئے اس قسم کی پسلیوں کی ٹک اور حرکت پذیری میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔  
 پیرانہ سالی میں غضروفوں میں تعظم واقع ہونے کی وجہ سے سن رسیدہ اشخاص میں بچوں کی نسبت

کسور زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ پسلی میں کسر واقع ہونے کے بعد قصور واقع نہیں ہوتا۔ کیونکہ یہ ہڈی آگے اور پیچھے دونوں طرف ثابت ہوتی ہے اور انتصابی غیر وضعیت کو بین ضلعی عضلات کی چسپیدگیاں مانع آتی ہیں۔ چنانچہ تا وقتیکہ متوالی پسلیوں میں کسر واقع نہ ہو کوئی بدیہہ بدشکلی رونما نہیں ہوتی۔ یہ ہڈیاں عضلہ فعل کی شدت سے بھی ٹوٹ چکی ہیں مثلاً کھانسنے کے دوران میں اور شدید دافعی کوششوں کے دوران میں جیسی کہ وضع حمل میں عمل میں آتی ہیں۔ ایسی مثالوں میں یہ ہڈیاں شاید پہلے ہی سے مذبول یا کسی مرض سے کمزور ہو چکی ہوتی ہیں۔

**کساحت** میں پسلیوں اور غضروفوں کے مقام اتصال پر تغیرات واقع ہوجاتے ہیں جو عظمیٰ ارتفاعات کے بننے کا باعث ہوتے ہیں۔ ان ارتفاعات سے دونوں طرف کی پسلیوں کے متاثر ہونے کی صورت میں ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو کساحتی بوجہ (rickety rosary) کے نام سے موسوم ہے۔ ضلعی غضرونی اتصالات جن پر یہ کلانیاں واقع ہوتی ہیں لمبی ہڈیوں کے برعکس بالائی خطوں کے متاثر ہوتے ہیں اور یہ وہ خطوط ہیں جن پر طول میں اصلی بالیدگی واقع ہوتی ہے۔

## بین ضلعی فضا میں پیچھے کی نسبت آگے زیادہ چوڑی ہوتی ہیں اور نیز

بالائی پسلیوں کی درمیانی فضا میں نیچے کی پسلیوں کی درمیانی فضاؤں سے زیادہ چوڑی ہوتی ہیں۔ سب سے چوڑی فضا تیسری ہے۔ پھر دوسری ہے اور پھر پہلی۔ ساتویں آٹھویں نویں اور دسویں بین فضا میں پسلیوں کے زاویوں کے سامنے کی طرف بہت تنگ ہوتی ہیں۔ فضا میں تنہیق میں چوڑی ہو جاتی ہیں اور زیر میں تنگ۔ اور جسم کو مقابل جانب کی طرف جھکانے سے زیادہ چوڑی کیجا سکتی ہیں۔

**پیلورائی کہف کا بزل** بالعموم چھٹی یا ساتویں فضا میں یا تو قص اور عمود فقری کے یا مقدم اور موخر بغلی خطوط کے عین درمیانی مقام پر کیا جاتا ہے۔ ساتویں فضا کتف کے زاویہ کے تعلق سے آسانی شناخت کیجا سکتی ہے۔ جب بازو طرف جسم کے ساتھ ہوتا ہے تو یہ زاویہ اس فضا پر ذرا سا تڑکب کرتا ہے۔ اگر کسی زیریں فضا کا احتمال کیا جائے تو بالخصوص دائیں جانب پر ڈایا فرام کے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر آٹھویں یا نویں فضا منتخب

کیجائے تو شکاف کتف کے زاوئے کے خط کے مین باہر دیا جاتا ہے۔ منزل کو دوران شہیق میں جبکہ فضا چوڑی ہو جاتی ہے داخل کرنا چاہئے اور بین ضلعی عروق کو بچانے کے لئے اسے حتی الامکان فضا کے یرین کنارے کے قریب رکھنا چاہئے۔ پسلیوں کے زاویوں کے پیچھے سے کسی فضا میں سے چھاتی کا بزل غیر ممکن العمل ہے کیونکہ اس مقام پر دیوار صدر پر عضلات کا ایک موٹا خلافت موجود ہوتا ہے۔ نیز بین ضلعی شریان جس کا مرتناظر پسلیوں کے مقابلہ میں زیادہ تر چھا ہوتا ہے فضا کے اس حصہ کے وسط کو عبور کرتی ہے۔ زاوید کے اگلی طرف بین ضلعی عروق اُس پسلی کے نتختائی کنارہ کے حید میں واقع ہوتے ہیں جس سے فضا کی بالائی حد بنتی ہے۔ ورید شریان کے عین اوپر واقع ہوتی ہے اور عصب اسکے مین نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر اوپر کی حیا یا پانچ فضاؤں میں عصب ابتدا میں شریان سے اونچا ہوتا ہے۔

گرد قلبیہ (pericardium) کا بزل سوئی کو خجری قص (xiphisternum) اور ضلعی حاشیہ کے درمیان زاوید کے راس میں سے اوپر کی اور ذرا سی بائیں جانب کی سمت میں داخل کرنے سے بہترین طور پر کیا جاسکتا ہے۔

پیمپ بین ضلعی عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان کی ڈھیلی ڈھالی یافت کے ساتھ ساتھ باسانی جاسکتی ہے۔ چنانچہ فقرات کے یا پسلیوں کے موخر حصوں کے مرض میں جو تفتیح پیدا ہوتا ہے اس میں پیمپ بعض اوقات بین ضلعی فضاؤں کے ساتھ ساتھ قص تک پہنچ جاتی ہے اور اس طرح مرض کے اصلی محل سے معتد بہ فاصلہ پر آکر ٹپا ہر جاتی ہے۔

**پسلیوں کا دور کرنا۔** پلورائی کہفہ میں کشادہ فتحہ بنانے کے لئے ایک یا دو

پسلیوں کے کچھ حصہ کا استیصال کیا جاسکتا ہے۔

طویل المداست و بیلہ (empyema) کے بعض مریضوں میں جن میں ایک کھلا فوج موجود ہو صدر کی عظمی دیوار کا وہ تمام حصہ جو قاع کہفہ کی بیرونی حد کا متنظر ہوتا ہے دور کر دیا جاتا ہے تاکہ کہفہ میں بہوط واقع ہو سکے اور اس سے یہ بند ہو سکے۔ یہ موثر الذکر تدبیر نکون الصدر (thoracoplasty) کے نام سے موسوم ہے۔ بعض اوقات نو پسلیوں تک کو اگلی طرف سے غصہ و فوں سے لیکر پچھلی طرف کو اگلے زاویوں کے پیچھے کسی مقام تک دور کر دینا ضروری ہوتا ہے۔ اوپر کی پسلیوں کا جزئی استیصال (resection) نہایت ہی مشکل ہے۔ مگر بہت سی حالتوں میں

اس وقت تک کامیابی حاصل نہیں ہوتی جب تک کہ پسلیاں شروع ہی میں دوسری پسلی تک مہلکے دور نہ کر دی جائیں۔

پسلی دور کرتے وقت ہڈی مکشطہ (rugine) کے ذریعہ سے گردِ عظمہ سے بالکل محسرا کر لیا جاتی ہے اور استیصال زیر گردِ عظمیٰ ہوتا ہے۔ اس طریقہ سے بین ضلعی عروق جو زیرِ فیملی میزاب میں ایک مجری میں سے جو گردِ عظمہ کے پھٹنے سے بنتا ہے گزرتے ہیں معرا نہیں ہوتے اور اگر بعد میں انکو کاٹنے کی ضرورت ہو تو ان پر آسانی قابو حاصل کیا جاسکتا ہے، جبکہ پسلیاں راستہ میں شامل نہیں ہوتیں۔

240

## داخلی پستانی شریان (internal mammary artery) تفصیل

کنارہ کے متوازی گزرتی ہے اور اس سے تقریباً ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتی ہے۔ اگر زیرِ غمی مومبا تو بعض اوقات ایسا نرف واقع ہوتا ہے جو جلد ہی مہلک ثابت ہوتا ہے۔ اس عرق پر پہلی تین بین ضلعی فضاؤں میں آسانی سے اور چوتھی یا پانچویں فضاؤں میں کسی قدر مشکل سے قابو حاصل کیا جاسکتا ہے۔ دوسری فضا میں سے اس تک نہایت آسانی سے رسائی کیجا سکتی ہے اور پانچویں فضا سے نیچے کی کسی ایک فضا میں سے اسکو قابو میں نہیں لایا جاسکتا۔ یہ عرق صدری دیوار کی تمام ساختوں سے سوائے پلوراکے اور نیچے کے حصہ میں سوائے عضلہ مثلثہ قصبہ (triangularis sterni) کے گہرا واقع ہوتا ہے۔

## پستان اس مقام پر جسکی نشاندہی بعد ازاں ملہ سے ہوتی ہے مرحلہ کے

ایک ٹموس انفاذ کی شکل میں نمود پاتی ہے۔ جنینی زندگی کے تقریباً چھٹے مہینے میں اولین پستانی غنچہ میں سے زیرِ جلدی بافت کے اندر تمام سمتوں میں شائیں نکل آتی ہیں، جن سے اس بافت کے بستہ ہونے سے پستانی کیسہ بنجاتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ پستان کی فضائی بافت میں نمود پانے کے دوران میں سہکیں کیسہ کے پس پستانی حصہ سے شروع ہو کر بین ننگلی فضاؤں میں سے ہوتی ہوئی زیرِ جلدی بافت تک چلی جاتی ہیں اور اس طرح جلد تک پہنچ جاتی ہیں۔ اسلئے سرطانی پستان کے معاً اس کیفیت کے جو اس سے نتیجہ پیدا ہوتی ہے ایک طرف تو ناسخت روائیک اور دوسری طرف سطحی فضائی سہکوں (Astley Cooper) کے

نام نہاد "تعلیقی رباطات" تک پھیلنے کا احتمال ہوتا ہے۔ لہذا صدری ردا کے ساتھ انضمام موجود ہونے کے امارات کے پائے جانے اور نیز جلد کے چپکنے کی جو اکثر اس مرض کا امتیازی خاصہ ہوتے ہیں توقع کیجا سکتی ہے۔ چونکہ مملیفیت (scirrhous) کی وجہ سے جو کہ اس بے فائدہ خلوی بالیدگی کو جو سرطان کا لازمی خاصہ ہے روکنے کے لئے قدرت کی طرف سے ایک کوشش ہے اندر کی طرف کو کھینچ جائے اسلئے اس سائنس (علم) میں بعض تغیرات کا پایا جانا ضروری ہوتا ہے مثلاً باز کشیدگی، لیول کی تبدیلی اور سمت کے تغیرات۔

پستان کے نیچے ردا ہوتی ہے جو عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے کچھ حصہ اور نیز عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) اور عضلہ موربہ (external oblique) کے مبادی کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ یہ عضواں عظیم لمفی مدار سے جو دھڑ کو ڈھکے ہوتا ہے قریبی تعلق رکھتا ہے اور یہ امر سرطان کے انتشار پر بحث کرنے اور اس کی بیج کنی کے لئے عملیہ ترتیب دینے کے لحاظ سے نہایت ہی عظیم الٰہیت ہے۔ اس لمفی مدار کا اور خاصہ قروق الہتری حصہ کا جسکی مسیلت اوپر کی سمت میں بغل کی طرف ہوتی ہے مطالعہ ایک ساتھ کرنا چاہئے۔

عورت میں پستان ایک عریض قرص کی شکل کی ہوتی ہے اور اوپر کی طرف سے دوسری پسلی سے لیکر نیچے کی طرف چھٹی پسلی تک اور قفسی حاشیہ سے لیکر وسط بغلی خط تک پھیلی ہوتی ہے (مثالیز: Stiles)۔ لہذا یہ زیادہ تر عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے اوپر واقع ہوتی ہے مگر اس غدہ کا پورا ایک تہائی حصہ عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اوپر لیکن ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ عضلہ موربہ خارجہ بطنیہ (oblique externus abdominis) اور عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) کے مبادی پر مرکب بھی ہوتی ہے۔ لہذا ان عضلات کو یا انکے مبادی کی رداؤں کو سرطان زدہ پستان کو دور کرتے وقت ضرور ملحوظ کر دینا چاہئے۔ علاوہ ازیں اس عضو کے الہتاب میں یا اس کے استیصال کے بعد ان عضلات کو آرام دینے کی تدبیریں ضرور اختیار کرنا چاہئیں۔ مزید برآں پستان اگرچہ عمومی طور پر ایک قرص کی شکل میں پھیلی ہوتی ہے مگر اس سے محیطی زوائد بھی نکلے ہوتے ہیں اور انہیں سے سب سے زیادہ قابل ذکر بغلی دُم ہے جو عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے بیرونی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغل کی طرف چلی جاتی ہے۔

یہ عضو ۱۲ تا ۲۰ بے قاعدہ لمبائیوں سے مرکب ہوتا ہے۔ جو افراد کے محسوس ہوجانے کی حالت میں حملہ سے نصف قطروں کی شکل میں باہر کی طرف کوجاتے ہوئے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ ہر ایک لمبائی کی اپنی اپنی قنات ہوتی ہے جو حملہ کی چوٹی پر الگ الگ کھلتی ہے۔ مگر اس سے پیشتر ہر ایک قنات تنبع ہو کر ایک انتفاخ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ پستان کی صحیح صحیح سیجیات بیان کرنا مشکل ہے، کیونکہ عمر اور زمانہ رضاعت و حیض کی فعالیت کے لحاظ سے اس میں بڑی بڑی تبدیلیاں واقع ہوجاتی ہیں۔ نوجوان بالغ عورت میں اس میں مینبی غدہ کے انتہائی خواص موجود ہوتے ہیں اور اسکی برآق قناتوں کا استر عمودی یا کجی سر حملہ کا ہوتا ہے۔ مگر فحش کے درمیانی وقتوں میں اونیس سال کی عمر کے بعد ایسا نمونہ تلاش کرنا مشکل ہوتا ہے جس سے ایسے اعلیٰ تغیرات ظاہر نہ ہوتے ہیں جو اس عارضہ میں پائے جلتے ہیں جو بالعموم مزمن الہتاب پستان (chronic mastitis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انفطاط الطمث کے بعد اور سکت حالت میں اس عضو کا زیادہ تر حصہ چربی پر مشتمل ہوتا ہے۔

242

پستان کے نیچے ایک ڈھیلی ڈھالی پس پستانی بافت ہوتی ہے جس سے یہ غدہ سدزی غلاف سے ڈھیلے طور پر مربوط ہوتا ہے۔ اس میں بعض اوقات پس پستانی خراج پیدا ہوجاتا ہے جو ایک تکیہ کی شکل اختیار کر لیتا ہے اور پستان اس پر ممکن رہتا ہے۔

**علم مردوں اور نوجوان باکرہ عورتوں میں چوتھی بین ضلعی فضا میں ضلعی غصہ و فی**

اتصال سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ مگر رضاعت کے بعد پستان الٹک جاتی ہے اور پھر حملہ سے بین ضلعی فضاؤں کے لئے بطور رہنما کے کام نہیں لیا جاسکتا۔ علمہ انتصاب پذیر اور عضلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے اور تیسرے اور چوتھے شوکی اعصاب کی جلدی شاخوں سے اسے رسد بکثرت پہنچتی ہے۔ اسکے ارد گرد ایک طون بالیزہ ہوتا ہے جس میں جراثیم منکمری (Montgomery's follicles) پائے جاتے ہیں اور یہ دہنی غدہ کا ایک سلسلہ ہوتا ہے جس میں یہ چکنا چل پیداکرنے کے اغراض سے تبدیل شدہ صورت میں پائے جاتے ہیں اور دراصل میں یہ کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ بالیزہ کے نیچے لمفی عروق کا ایک گسنا جال ہوتا ہے۔ اس کے قرب وجوار کی جلد طون اور حساس ہوتی ہے اور اس میں درد غیر شقاقت اور تسلمات پیدا ہوجاتے ہیں۔

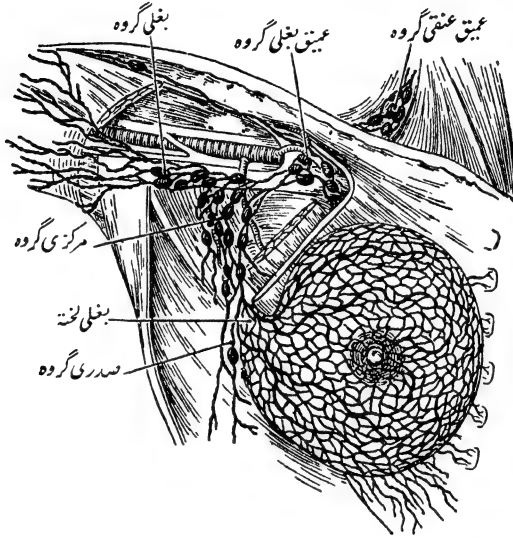
## جن مجاری لمف سے پستان کی میلیت ہوتی ہے وہ سرطانی پستان کو اصولی

قاعدوں سے دور کرنے کے لئے عملیہ ترتیب دینے میں نہایت عظیم الاءیت ہیں۔ یہ مندرجہ ذیل گروہوں میں مترتب ہیں۔ (۱) گرد لختکی (perilobular) خلیوں اور لختکوں کے ارد گرد۔ (۲) گرد قناتی (periductal) قنوات لبنیہ (lactiferous ducts) کے ارد گرد۔ (۳) بین لختی (interlobar) جو درون لختی فواصل میں واقع ہوتے ہیں اور (۴) پس پستانی جال کو (۵) سطحی پستانی جال سے جو کیسہ کے مقدم حصہ میں واقع ہوتا ہے ملاتے ہیں۔ اگر سرطان بین لختی فواصل پر صلاً اور ہو تو انہیں انقباض واقع ہو جاتا ہے جو بافتی تعامل اور لیفیت کا نتیجہ ہوتا ہے، اور انکی جلدی چسپیدگیوں کی وجہ سے جلد میں انخفاضات پیدا ہو جاتے ہیں اور یہ عمل گرد قناتی عروق پر حملہ آور ہو تو حملہ باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ پستانی لمفی نظام لمفی عروق کے اس زیر جلدی جال سے تعلق رکھتا ہے جس تک سرطان کے پہنچنے سے مرض کی وہ قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ جو **صداری سرطان** (cancer en cuirasse) کے نام سے مشہور ہے۔ صداری رداء و فضلہ کے مجاری لمف کے جو ربط پستان کے ساتھ موجود ہوتے ہیں، انکے ذریعہ سے سرطان پستان ان ساختوں تک جلد پھیل جاتا ہے۔ اور پھر سرطان عمقی محل کی ساختوں کے ساتھ مضبوطی سے مثبت ہو جاتا ہے اکثر عروق لمف پستان سے صداری غدد (pectoral glands) میں جاتے ہیں جنکی مقدار چھ سے آٹھ تک ہوتی ہے اور جو بغل کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ نیز یہ مرکزی بغلی گروہ (central axillary set) میں بھی جاتے ہیں۔ انکی تعداد بارہ سے پندرہ تک ہوتی ہے اور یہ بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے اور بغلی ورید کے اندر کی طرف واقع ہوتے ہیں (شکل ۵۸)۔ عروق لمف ان دو گروہوں سے عمیق بغلی غدد (deep axillary glands) میں جاتے ہیں جو بغلی عروق کے سامنے کی اور اندر کی طرف کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان غدد کو جو بغلی ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں مناسب طریقہ سے دور کرنا ناممکن ہوتا ہے تا وقتیکہ ضلعی غرابی (costo-coracoid) غشا کا تمام خط منقطع نہ کر لیا جائے۔ لہذا سرطان پستان کے لئے جو اصولی عملیہ سرانجام دیا جائے اس میں عضلات صداریہ صغیر (pectoral minor muscles) کی برآورگی ہمیشہ شامل ہونا چاہئے۔ عمیق بغلی عدد کارین عین عمقی غدد سے تسلسل قائم ہوتا ہے اور اسی راستہ سے سرطان کارجمان زیادہ تر



نشتہ ہونے کی طرف ہوتا ہے مگر پستان کے اندرونی قطعہ میں سے بھی عروق لمف نکلتے ہیں اور مقدم بین فصلی غد میں جو اوپر کی چار بن فضاؤں میں واقع ہوتے ہیں چلے جاتے ہیں۔ نیز گاہ بگاہ چند عروق قبضانی غدہ (cephalic gland) تک بھی جاتے ہیں جو عضلہ والیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے درمیانی فرجہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

243



نسل ۵۸۔ پستان اور بغلی کے لمفی عروق اور غدہ۔

(پوائے ریئر Poirier سے ترمیم کردہ۔)

244

ہینڈلے (Handley) نے دریافت کیا ہے کہ سرطان پستان میں نیچے کی طرف عروق لمف میں منتشر ہونے اور برعکس مثلث تک پہنچ جانے کا ایک رجحان بھی پایا جاتا ہے۔ یہاں پر یہ عروق ڈایا فرام کے اوپر اور نیچے کے عروق لمف سے ملنے کے لئے دیوار شکم کو منتقبت کرتے ہیں۔ اس کا یہ بیان ہے کہ اسی ربط کی وجہ سے سرطان پستان کے واقعات میں جگر ثانوی مطروحات کا محل ہوتا ہے۔ جب طبعی جراحی سرطانی حملہ سے مسدود ہو جاتے ہیں تو لمف دور کے راستوں سے جاتا ہے۔ زیر کتفی غدہ (subscapular glands) بھی جو بغل کی موخر دیوار پر زیر کتفی عروق کو گھیرے

ہوتے ہیں، بعض اوقات در رنجہ ہو جاتے ہیں۔ بازو کے عروق لف کے ذریعہ سے جو مرکزی بغل غدد میں آکر ختم ہوتے ہیں کدے کے ارد گرد کی ساتیں بعض اوقات عضل بازو (brawny arm) یا جلدی کریمچوں کی شکل میں ثانوی مطروح کا محل بن جاتی ہیں۔ اور ایک پستان کے لمفی نظام کے دوسرے پستان کے لمفی نظام سے قص پر سے مربوط ہونے کی وجہ سے دوسری طرف کے پستان یا دوسری طرف کی بغل میں ثانوی مطروح پیدا ہو جاتا ہے۔

صدری لمفی ضغیروں کو علیحدہ علیحدہ نظامات تصور نہ کرنا چاہئے۔ زیادہ صحیح خیال یہ ہے کہ تمام دھڑ پر عروق لف کی ایک مشبک صدار یا انکا ایک جال موجود ہوتا ہے۔ دونوں فوق مری حصوں کی سیلیٹ فرداً فرداً ایں اور بائیں بغلوں کی طرف ہوتی ہے۔ اور زیر مری حصوں کی جنگا سوں کی طرف ہوتی ہے مگر اپنے کناروں پر ہر ایک لمفی میدان اپنے قریبی میدانوں سے رابطہ رکھتا ہے۔

245

بین ضلعی زراعتی (intercosto-humeral) عصب بغلی غدد کے مرکزی گروہ کو منقبذ کرتا ہے۔ جب ان غدد پر سرطان کا حمل ہوتا ہے تو اس عصب کے مضبوط ہونے کا بھی امکان ہوتا ہے اور اس سے بازو کی موثر جانب پر کہنی کے اوپر درد پیدا ہو جاتا ہے جو اس عصب کے انتہائی سرے سے منسوب ہوتا ہے۔ عضدی ضغیرہ (brachial plexus) کے مختلف حصے بھی بعض اوقات متاثر ہو جاتے ہیں یا لٹنی وریڈ عروق لف مسدود ہو جاتے ہیں اور بازو نتیجتاً متورم اور تہیج ہو جاتا ہے۔

**شریانوں کے مندرجہ ذیل گروہ اس غدد کو رسد پہنچاتے ہیں اور اس عضو کے**

استیصال کے دوران میں کاٹے جاتے ہیں۔ (۱) جانبی (طویل) صدری، جناحی صدری (alar thoracic)؛ اکرومی صدری محور (acromio-thoracic axis) کی صدری شاخیں۔ (۲) داخل پستانی شریان کی مقدم شاخیں جو دوسری تیسری اور چوتھی بین ضلعی فضاؤں میں نکلتی ہیں۔ (۳) دوسری تیسری اور چوتھی بین ضلعی شریانوں کی جانبی شاخیں۔

**مستزاد حملے اور پستانیں** بھی پائی جاتی ہیں اور یہ بالعموم ایک خط میں

بغل اور جنگا سے کے درمیان درمیان ملتی ہیں۔ تمام پستانوں کے مضغی مرحلہ حیات میں اس محل پر

ایک برنامہ فنی پستانی حید موجود ہوتا ہے۔ آدمی میں یہ سوائے ایک مقام کے غائب ہو جاتا ہے۔ مگر گاہے گاہے کوئی منفرد حصہ برقرار بھی رہ جاتا ہے اور اس سے آئندہ چکر پستان بخاتی ہے۔ علم جنینیات پستان کے سر بن یا کمر پر واقع ہونے کی جہاں یہ کبھی کبھی پائی جاتی ہے توجہ کرنے سے قاصر ہے۔

## صدری احشاء

(THE THORACIC VISCERA)

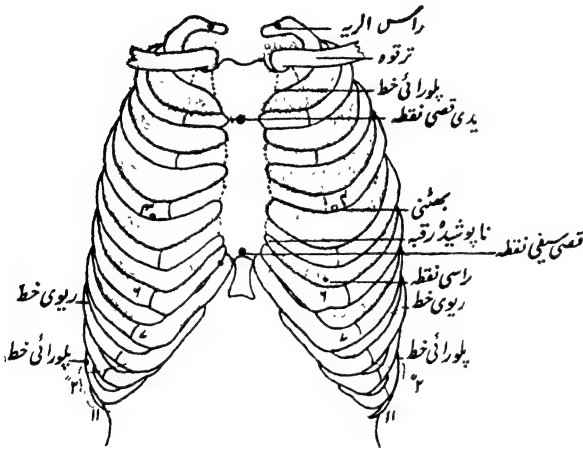
**پھیپھڑے** - پھیپھڑے کا راس گردن میں ترقوہ کے اندرونی نصف سے ایک انچ سے لیکر دو انچ اور تک پہنچا ہوتا ہے۔ بالوں کی اکثریت میں اسکا بلند ترین حصہ ترقوہ کے قسمی سر سے ۱ انچ اوپر اور قسمی حلی (sterno-mastoid) عضلہ کے قسمی اور ترقوی سروں کے درمیانی وقفہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۵۹)۔ دونوں پھیپھڑوں کے اگلے کنارے قسمی ترقوی مفصل کے پیچھے سے گذر کر وسطی خط میں قسمی مفصل غضروفی (sternal synchondrosis) پر مل جاتے ہیں۔ یہاں سے دائیں پھیپھڑے کی کور قص کے خط وسطی کے پیچھے چھ عمود نیچے کی طرف کو چھٹے غضروفی قسمی مفصل تک چل جاتی ہے جہاں سے یہ چھٹے غضروف کے خط کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف اتر جاتی ہے۔ بائیں پھیپھڑے کی کور دائیں کی کور کے چوتھے غضروفی قسمی مفصل تک قریب رہتی ہے اور یہاں سے یہ اس خط کے ساتھ ساتھ جو چوتھے غضروف سے راس قلب کے نزدیک تک کھینچا گیا ہو بائیں طرف کو چل جاتی ہے (شکل ۵۹)۔ گاہے گاہے یہ منفرد نہیں بھی ہوتی اور گرد قلب کو قص کی کور تک پوشیدہ کئے ہوتی ہے۔

246

بچہ میں تیموسہ (thymus) کی وجہ سے پھیپھڑوں میں سامنے کی طرف زیادہ فاصلہ پایا جاتا ہے۔ دایاں پھیپھڑہ خط وسطی تک پہنچتا ہے مگر بایاں قص کی صرف بائیں کور تک ہی آتا ہے (Symington: سمنگٹن)۔ پھیپھڑے کے برین کنارہ کو نظر کرنے کا آسان ترین اور سب سے زیادہ صحیح طریقہ مندرجہ ذیل ہے (شکل ۵۹)۔ چھٹے ضلعی غضروف کے ساتھ ساتھ

اس کے قصبی سرے سے لیکر پیچھے کے سرے تک ایک خط کھینچ دیا جاتا ہے اور پیچھے کے سرے سے یہ خط جسم کے گرد افقی رخ میں آگے بڑھا دیا جاتا ہے۔ یہ معلوم ہو جائیگا کہ یہ خط پیچھے کی طرف وسطی خط کو گھیرا رکھتا ہے (ضد میلانی شوک: anticlinal spine) پر یا اس کے نزدیک ہی کاٹتا ہے۔

**پلورا کا تناظر کنارہ پھیپھڑے کے برین کنارہ کا متوازی نہیں ہوتا۔ یہ اس خط سے**



شکل ۵۹ پھیپھڑوں اور پلورا کی سطحی نشان نگاری کو ظاہر کرتی ہے۔

247

ظاہر کیا جاتا ہے جو ساتویں ضلعی غضروف کے قصبی سرے سے لیکر اسکے پیچھے کے سرے تک کھینچا جائے اور یہاں سے یہ زیر ضلعی حاشیہ کے زیر ترین حصہ سے ۲ انچ اوپر تک بڑھا دیا جائے اور پھر پیچھے کی طرف وسطی خط تک کھینچ دیا جائے جسے یہ بارصوبی ٹھری شوک پر یا اسکے قریب ہی کاٹتا ہے۔ اوپر کی طرف رٹوی خط اور نیچے کی طرف پلورائی خط کے درمیان ڈایا فرام چھاتی کی دیوار سے مس کرتا ہے اور اگلے درمیان صرف پلورا کا ضلعی ڈایا فرامی (costo-phrenic) انعکاس ہی حاصل ہوتا ہے۔ بائیں جانب پر یہ خطوط قص سے مختلف فاصلوں پر شروع ہوتے ہیں — ۱ انچ کی رعایت پلورا کے لئے اور ۲ ۱/۲ انچ کی پھیپھڑے کے لئے دیتا چاہئے (شکل ۵۹)۔ پلورا بارصوبی

پسلی سے علاقہ رکھتا ہے۔ مگر گاہے گاہے یہ اس پسلی کی گردن کے نیچے ۱/۲ انچ یا اس سے زائد فاصلہ تک چلا جاتا ہے اور گردہ کے عملیہ جات میں اس کے زخمی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بچہ میں بالغ کی نسبت یہ اور نیچے تک چلا جاتا ہے۔ بایاں پھیپھڑا دائیں کی نسبت زیادہ لمبا زیادہ تنگ اور زیادہ ہلکا ہوتا ہے اور اس سے ذرا پچھلے لیول تک پہنچتا ہے۔

## جو تناقب جسم پلورا پر اثر انداز ہوتے ہیں ان میں ہوا کے

پلورائی کہف میں داخل ہونے کا امکان ہوتا ہے جس سے استرواح الصدر (pneumothorax) پیدا ہو جاتا ہے اور بعد ازاں یہ ہوا تنفسی حرکات سے دب کر جداری پلورا کے زخم کے راستے سے بعض اوقات زیر جلدی بافتوں میں چلی جاتی ہے اور اس سے جراحی نقاضہ (surgical emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ پھیپھڑے کے ضرات میں جبکہ خارجی زخم پیدا نہ ہوا ہو، مثلاً جب یہ عضو کمسور پسلی سے دریدہ ہو جاتا ہے، ہوا پھیپھڑے سے نکل کر پلورائیں اور یہاں سے پلورائی زخم میں سے زیر جلدی بافتوں میں چلی جاتی ہے اور اس طرح استرواح الصدر (pneumothorax) اور نقاضہ (emphysema) دونوں پیدا ہو جاتے ہیں۔

زمانہ جدید کی تیز رفتار گولیاں رٹوی بافتوں کو زیادہ نقصان پہنچانے یا پلورائی نقصان زیادہ زخم (دمی الصدر: hæmothorax) پیدا کرنے کے بغیر پھیپھڑوں میں توڑ جاتی ہیں اور اس نتیجہ کے پیدا ہونے کی وجہ یہ ہے کہ پھیپھڑوں میں ہوا موجود ہوتی ہے جو دب سکتی ہے اور یہ ایک لچکدار دیواروں والے کہف میں واقع ہوتے ہیں۔ اگر یہی گولی کسی ہڈی کے بقی کہف یا کھوپری میں داخل ہو تو دھماکے کا اثر پیدا کرتی ہے۔ کیونکہ ہڈی کا گودا یا بھیجا پچک نہیں سکتی اور ایک بند خانہ میں محبوس ہوتا ہے۔

یہ معلوم کرنا بھی مناسب ہوگا کہ نقاضہ (emphysema) صدر کے بعض غیر تناقب زخموں کے آس پاس بھی پیدا ہو سکتا ہے جبکہ یہ مصراعی قسم کے ہوں۔ ایسی حالتوں میں ہوا تنفسی حرکت کے دوران میں زیر جلدی بافتوں میں کھنچ جاتی ہے اور دوسری حرکت سے دب کر خلوی بافت میں چلی جاتی ہے اور زخم کی مصراعی ماہیت اسکو ہار مکنے سے روک دیتی ہے۔ شدید عضلی جہد کے دوران میں مثلاً بچہ پیدا ہوتے وقت پھیپھڑے کے کسی ہوائی لیک کے پھٹ جانے سے صدر اور گردن کا وسیع نقاضہ (emphysema) پیدا ہو جاتا ہے۔ جب پلورائی کہف،

کھولا جاتا ہے تو پھیپھڑوں میں کچھ لچکدار بافت کے موجود ہونے کی وجہ سے قدرے ہبوط واقع ہو جاتا ہے، مگر جس حد تک یہ واقع ہوتا ہے اس کے متعلق بہت سی غلط فہمی پائی جاتی ہے پھیپھڑے کی ہوا میں سے نصف یا دو تہائی حصہ جیسا کہ بعض حالتوں میں پایا جاتا ہے نکل جاتا ہے، اور یہ پھیپھڑے کے منفعلی ہبوط سے خارج نہیں ہو سکتا۔ جب دیوار شکم کے عضلات کی زہری مساعی سے ڈایا فرام اوپر کی طرف کو اٹھ آتا ہے اور پسلیاں نیچے کی طرف کو کھینچ جاتی ہیں تو صدری فضاؤں کی جسامت بعض اوقات اس قدر کم ہو جاتی ہے کہ پھیپھڑے اس میں باسانی سما نہیں سکتے اور اگر مزابر بند ہو تو چھاتی کے زخم میں سے پھیپھڑے کا فتق واقع ہو جاتا ہے لیکن اگر پلورائی کہف میں کوئی مساعی سوراخ موجود ہو جس سے ہوا اندر چوسا جاسکتی ہو مگر باہر نہ نکل سکتی ہو تو ہر ایک تنفسی حرکت سے پلورائی فضائیں ہوا کی مقدار بڑھتی جاتی ہے اور اسکے بعد منغلطۃ الریہ اور اغتصاص (suffocation) جلد واقع ہو جاتا ہے۔ اگر تندرست پلورائی کہف میں ہوا یا سیال داخل کر دیا جائے تو وہ جلد جذب ہو جاتا ہے۔ پلور پلورائی انصباب یا خون کی نسبت ہوا کو بہت جلد جذب کر لیتا ہے۔ اسی لئے خون یا سیال کے نکالنے وقت اسکی جگہ مصغنی ہوا کا مساوی حجم داخل کرنے کا رواج پایا جاتا ہے۔ جوں جوں ہوا جذب ہوتی جاتی ہے پھیپھڑے اس خلا کو پُر کرنے کے لئے جو اس طرح پیدا ہو جاتا ہے پھیلتا جاتا ہے۔ میکینون (Macewen) کی یہ رائے ہے کہ وہ کشش شعری جو پلورائی حشوی اور جداری تہوں کے درمیان موجود ہوتی ہے پھیپھڑے میں ہبوط واقع نہیں ہونے دیتی۔

249

پھیپھڑے کے زخموں میں خون تین سمتوں میں بہ سکتا ہے :- اس عضوی بافتوں میں (رئوی سکڑ: pulmonary apoplexy)، شجنتوں میں (جس سے نفث الدم پیدا ہو جاتا ہے) اور پلورائیں (جس سے دی الصدر: hæmothorax پیدا ہو جاتا ہے)۔ کچھ مثالوں میں پھیپھڑے ازخیم اور پسلی کے کسر کے موجود ہونے کے بغیر بھی نشق ہو چکا ہے۔ چونکہ اسکے عروق شعریہ باریک ہوتے ہیں و نیز تمام وریدی خون کو جو قلب میں واپس آتا ہے قبل اسکے کہ یہ جسم کے دوسرے حصوں تک پہنچ سکے پہلے پھیپھڑوں میں سے گزرنا ضروری ہوتا ہے اسلئے یہ ظاہر ہے کہ تفتیح الدمی (pyæmic) اور دیگر ثانوی مطروحات دوسرے اعضا کی نسبت پھیپھڑے میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

پھیپھڑوں میں جو کہف تدرن یا لنگرین یا تمدد الشعب (bronchiectasis)

سے پیدا ہو گئے ہوں انہیں شفاف دینے اور انکی میلیت کا انتظام کرنے میں کامیابی ہوئی ہے اور یہی ترکیب پھیپھڑے کے کیستی دویروں (hydatid cysts) میں بھی استعمال کی جا چکی ہے۔ پھیپھڑے کے گہرے شگافوں سے جو زف واقع ہوتا ہے وہ اس زف سے جسکی اس قسم کے کثیر العروق عضو سے توقع کیجا سکتی ہے کم ہوتا ہے۔ پھیپھڑوں کے تدرن میں پورائی انضمامات جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں اور اس طرح پھیپھڑا چھاتی کی دیوار سے مضبوطی سے چپک جاتا ہے۔ پھیپھڑے کے جس حصہ میں بڑا سا کہف ہو اس میں ہبوط پیدا کرنے کے لئے جس سے کہف سد ہو کر مندمل ہو سکے یہ مشق شروع کی گئی ہے کہ انضمامات کو یا تو عملیت زخم میں سے یا چھاتی کی دیوار میں سے چاقو یا کواؤ گرا کر کوڑ دیا جائے۔ اس اثنا میں اندر کا منظر دیکھنے کے لئے پلورائی کہف میں کسی دوسری بین ضلعی فضا میں سے دروں بین (endoscope) داخل کر لی جاتی ہے

## پلوراکی عصبی رسد۔ پلوراکے حاد التهاب میں درد بعض اوقات بہت

شدید ہوتا ہے اور ماؤف طرف کے تنفسی حرکات میں بہت تشغیف ہو جاتی ہے۔ اگر درد صد کے زیرین حصہ میں ہو تو درد بعید شکم میں بھی محسوس ہو سکتا ہے۔ ان امور کی توضیح پلوراکی عصبی رسد ہی سے ہو سکتی ہے۔ ضلعی پلوراکی رسد ہم پلورین ضلعی اعصاب سے آتی ہے جو متناظر بین ضلعی عضلات کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ جب پلوراکے ماتحت حصے ملتهب ہو جاتے ہیں تو ان عضلات میں امتناع واقع ہو جاتا ہے۔ بچو کے چھ ٹھری اعصاب دیوار شکم کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ لہذا جو درد ضلعی پلوراکے اٹھتا ہے اسکو مریض شکم سے بھی منسوب کر سکتا ہے اور اسلئے غلطی سے بالخصوص بچوں میں حاد مرض شکم تشخیص کر دیا جاتا ہے۔ ڈایا فرامی اور منصفی پلوراکو ڈایا فرامی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے اور ان حصوں میں جو درد پیدا ہوتا ہے وہ گردن یا کندھے سے منسوب ہو سکتا ہے۔ عنقی پلوراکو بھی ڈایا فرامی عصب ہی سے رسد پہنچتی ہے (ایچ۔ ایم۔ جانسٹن)

-(H. M. Johnston:)

## قصہ سامنے کی طرف قفسی مفصل خضرونی (sternal synchondrosis)

کے اتصال کے مقابل اور پیچھے کی طرف چوتھے ٹھری فقرہ کے مقابل تقسیم ہوتی ہے۔ دونوں شجبتوں کے درمیانی زاویہ میں لمبی غد کے سلسلے موجود ہوتے ہیں اور یہ شجبتوں کے ساتھ ساتھ پھیپھڑوں کی جڑوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ یہ غد پھیپھڑوں کے التهابی عوارض میں کلانی یا

ہو جاتے ہیں۔ اور ان سے اوپر کے پانچویں نہری فقرات کی دونوں طرف صدر کی شعاعی نگارش میں عمتات (opacities) پیدا ہو جاتے ہیں اور قرعہ پر نقل نما ہر ہوتا ہے (کلائیو ریویر - Clive Riviere)۔

قصبہ اور شعبتوں کے اندر کے اجسام غریبہ کی اب شعبہ بین (bronchoscope) سے تعین مقام کیا جاسکتی ہے اور یہ اسکے ذریعہ سے نکالے جاسکتے ہیں۔ جہاں قصبہ دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں کی غشائے مخاطی بہت ہی حساس ہوتی ہے۔ اور ثانوی شعبتی نالیوں کے دہنہ جات اس دائری عضلی نظام کے اثر سے جوان نالیوں کی دیواروں میں موجود ہوتا ہے منقبض اور متنع ہوتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔

پھیپھڑے کی جڑ اور شعبتوں کو صدر کی نہری دیوار کو کتف کے فقری کنارہ کے پیچھے کھولنے کے ششکشف کیا جاسکتا ہے۔ رسل (Russell) اور فاکس (Fox) نے ایک لڑکے کا واقعہ درج کیا ہے جس میں ایک ۳ انچ لمبا پن سر کے بل قصبہ میں اتر گیا تھا اور انجام کار بائیں شعبہ کی تین شاخ میں اٹک گیا تھا۔ انھوں نے پچھلی طرف سے آٹھویں سہلی کا اتصال جزوی کیا اور پھیپھڑے کو اسکے کی طرف کو دھکیل کر تاکہ شعبہ جڑ پر مسر ہوا جائے پن نکال لیا۔ پھیپھڑے کی جڑ کو جگہ پر قائم رکھنا ضروری ہے مگر دقلبہ کے ذریعہ سے یہ ڈایا فرام کے ساتھ بندھی ہوتی ہے اور اس عضلہ کے حرکات کے ساتھ حرکت کرتی ہے۔ مذکورہ بالا واقعہ میں لڑکا علی کے بارہ دن بعد شفا خانہ چھوڑنے کے قابل ہو گیا تھا۔

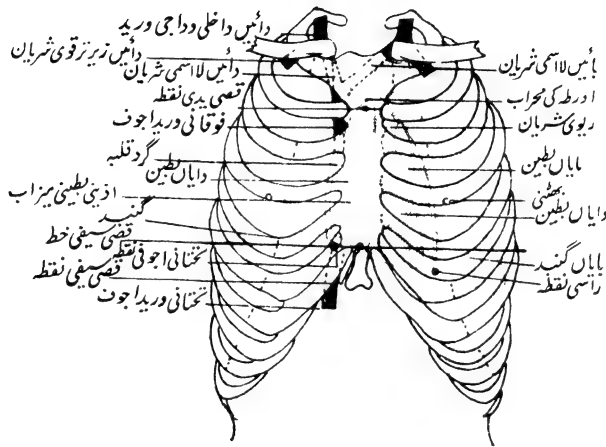
251

**قلب اور گردِ قلبہ۔** گردِ قلبہ کا محل اور اسکی وسعت صدر کی سطح پر مندرجہ ذیل

طریقہ سے ظاہر کیا جاسکتی ہے (شکل ۶۰)۔ تین نقطے مقرر کر لئے جاتے ہیں: (۱) راسی (apical)۔ ضرب راس پر پانچویں بائیں بین ضلعی فضا میں قص سے ۳ انچ کے فاصلہ پر۔ (۲) قصی یدی (sterno-manubrial)۔ دوسرے شعلی غصہ و فوں کے فہتاؤں کے درمیان وسط پر۔ (۳) تتحانی اجوفی (inferior caval)۔ قصی سیفی (sterno-ensiform)۔ قصی تنھری (sterno-xiphoid)۔ نقطہ سے ایک انچ دائیں طرف اور تتحانی ورید اجوف (inferior vena cava) کے اختتام کے عین اوپر۔ جب ان نقاط کو منحنی خطوط سے ملا دیا جاتا ہے جیسا کہ شکل ۶۰ میں دکھایا گیا ہے تو گردِ قلبہ اور اسکے مشمولات کے اوپر کے رقبہ کی نشاندہی



ہو جاتی ہے۔ نیچر کا خط قصی خنجر ہی نقطہ کے نیچے سے ۱۱ انچ یا اس سے زائد فاصلہ پر گزرتا ہے۔ اگر ایک مہزل (trocar) زائدہ خنجرہ اور ساتویں بائیں عضلہ غضروف کے درمیان کے زاویہ میں پیچھے کی طرف کو جھونک دیا جائے تو یہ ڈایا فرام کے عین اوپر گرد قلب میں داخل ہو جاتا ہے۔ اس زاویہ میں سے گرد قلب کی مسیلت بھی کیجا سکتی ہے اور پانچویں اور چھٹے غضروفوں کے کچھ حصہ کا



مقدم سطح کا دو تہائی سے زائد حصہ دائیں بطن اور اذین سے بنتا ہے۔ لہذا قلب کی ہولوں میں یہی حصہ بالعموم منقبت ہو جاتے ہیں۔

عملیاتی علاج کے لئے قلب کو چوتھے اور پانچویں بائیں منسلکی غصہ و فوف کے سروں کو ایک انچ یا اس سے زائد کاٹ دینے سے شگشگ کیا جاسکتا ہے۔ اس حشا کو آزادی سے پکڑا جاسکتا ہے اور اس میں ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں۔ جراح کا کام اسکے سریع حرکات اور گرد قلب اور ڈایا فرم کے تنفس سے ہلنے کی وجہ سے مشکل ہو جاتا ہے۔ جب قلب میں زخم آ جاتا ہے تو خون گرد قلب میں بہ آتا ہے جس سے اذین مضبوط ہو جاتے ہیں اور خون کا داخلی بہاؤ بند ہو جاتا ہے۔ اس طرح گرد قلب کے استسقاء سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ اگر دوسری حالتیں مساوی ہوں تو بطن کا زخم اسکی دیواروں کی دبازت کے اور اسکی استعداد انقباض اور جریان خون کو بند کر دینے کی قابلیت کے موجود ہونے کے باعث اتنا جلد مہلک ثابت نہیں ہوتا جتنا کہ اذین کا زخم ثابت ہوتا ہے۔ یہ ظاہر کرنے کے لئے ایسی بہت سی مثالوں کا اندراج کیا گیا ہے کہ قلب بعض اوقات اپنے جسم میں اجماع غریبہ کو ایک بڑی حد تک برداشت کر لیتا ہے۔ چنانچہ ایک آدمی جس کے قلب میں سے ایک سیخ ایک جانب سے دوسری جانب تک گزری ہوئی تھی بیس دن تک زندہ رہا (Ferus: فیرس)۔ ایک اور واقعہ میں ایک دیوانے نے لوہے کی ایک ۶ انچ سے زیادہ لمبی سلاح اپنی چھاتی میں یہاں تک بھونک لی کہ وہ نظر سے غائب ہو گئی، مگر وہ جلد کے نیچے قلب سے نبضان وصول کرتی ہوئی محسوس کی جا سکتی تھی۔ اسکی موت اس سے ایک سال بعد واقع ہوئی اور یہ معلوم ہوا کہ دھات کا ٹکڑا نہ صرف پھیپھڑوں ہی میں سے گزرا تھا بلکہ بطنی کہنہ بجا میں سے بھی گزر گیا تھا (Tillaux: ٹیلو)۔ مزید برآں قلب ان اجسام غریبہ کا متحمل بھی ہوتا ہے جو اسکے کونٹوں میں پڑے ہوئے ہوں۔ جنگ عظیم کے دوران میں سپاہیوں کی ایک معتد بہ تعداد میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ دائیں بطن میں گولی یا کوئی ٹکڑا آزاد پڑا ہے مگر اسکے باوجود دیوار قلب میں کوئی زخم کسی جگہ بھی موجود نہیں ایسی حالتوں میں گولی بڑی بڑی ویریدوں میں سے کسی ایک میں داخل ہو جاتی ہے اور ویریدی خون کے ساتھ ہی دائیں کونٹوں میں بہ کر آ جاتی ہے۔ جسم غریب رملی شریان میں کسی واقعہ میں نہیں گیا۔ قلب کے زخموں میں ٹانگے لگائے جا چکے ہیں اور ٹانگا لگانے سے اس کے فعل میں صرف وقتی اختلال ہی واقع ہوا ہے۔ ٹریویرس (Travers) نے دائیں بطن کے ایک زخم کو ٹانگے لگائے ہیں جن میں اس قدر زخم کے لئے وہ تین انگلیاں ڈال سکتا تھا۔

جہاں تک چھاتی کے زخموں کا تعلق ہے، ویلپو (Velpeau) نے ایک آدمی کا واقعہ بیان کیا ہے جسکے صدر میں ایک پتہ پایا گیا تھا جس سے چھاتی کی پسلیوں سے لیکر عمود فقری تک عبوری بنیت ہو گئی تھی اور یہ موت سے پندرہ سال پہلے داخل ہوا تھا۔ رائل کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کے عجائب خانہ میں گاڑی کی ایک بم موجود ہے جو بائیں جانب کی پسلیوں میں گس کر تمام چھاتی میں سے گزر گئی تھی اور دائیں جانب کی پسلیوں میں سے باہر نکل آئی تھی یہ مریض دس سال تک زندہ رہا تھا۔

**گرد قلبہ کا بزل**۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے گرد قلبہ کا بزل یا اسکی میلیت بائیں ضلعی سیفی (costo-ensiform) زاویہ میں سے کیجا سکتی ہے (صفحہ 252) (شکل ۶۰)۔ جس حد تک یہ بائیں پلورا اور پھیپھڑے سے پوشیدہ ہوتا ہے وہ نہایت ہی تغیر پذیر ہے۔ مگر اکثر حالتوں میں اسکا بزل چوتھی اور پانچویں بائیں فضاؤں میں قفس سے ایک انچ کے فاصلہ پلورا کو ضرر پہنچائے بغیر کیا جاسکتا ہے۔ داخلی پستانی (internal mammary) شریان ان فضاؤں میں قفس سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر پہنچنے کی طرف کو آتی ہے اور ساتویں غصروف کے پیچھے فوقانی بر معدی (superior epigastric) اور عضل ڈایا فسر امی (musculo-phrenic) شریانوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔

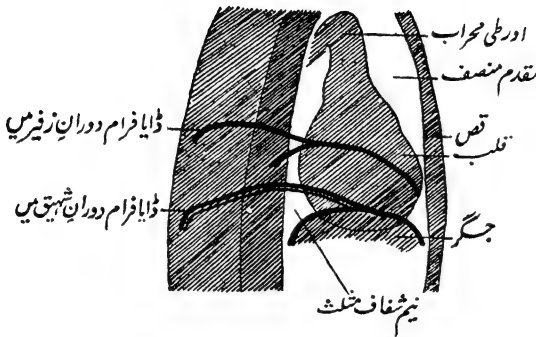
**مناسف** (mediastina)۔ مقدم منصف میں خراج یا تو علی محلہ پیدا

ہو جاتا ہے یا گردن سے پھیل کر یہاں تک آ جاتا ہے۔ علی ہذا موخر منصف کے خراجات یا تو ہم پہلو عمود فقری کے امراض سے یا ہم پہلو لٹھی غدد کے امراض سے پیدا ہوتے ہیں، اور یا مادہ کے کسی پس بلعومی یا پس مرویوی اجتماع کے نیچے کی طرف پھیلنے سے ظہور میں آتے ہیں۔  
دروں صدری مرض کی تشخیص کے لئے رونتجن (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال

کرنے سے تنفسی حرکات اور صدری احتشاء کے تعلقات کے سلسلہ میں

ہمارے علم میں بہت سی توسیع ہو گئی ہے۔ شکل ۶۱ میں (جو ڈاکٹر ہالس ڈیلی Dr. Halls Dally: کی اصنیاط سے کچھی ہوئی ایک تصویر سے لی گئی ہے، ان زیادہ اہم حصوں کا خاکہ

کھینچا گیا ہے جو چھاتی کا اس محور میں امتحان کرنے سے دکھائی دیتے ہیں جو مریض کے دائیں حملہ اور بائیں کتف میں سے گزرتا ہے۔ قلب اور جگر دوران شہیق میں پیچھے اور آگے کی طرف کو اور دوران زیر میں اوپر اور پیچھے کی طرف کو سایہ کی طرح حرکت کرتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب ڈایا فرام نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور قلب عمود فقری سے دور ہو جاتا ہے تو مؤخر منصف جس میں اور ملے اور مری ہوتے ہیں آپار مشع مثلث کی شکل کا دکھائی دیتا ہے۔ دوران شہیق میں



شکل ۶۱۔ صدر کی صحیح دروں نگار کشس۔

(ڈاکٹر ہالس: Dr. Halls Dally کے مطابق)

حصوں کی وضع انتہائی شہیق کی حالت میں ظاہر کی گئی ہے اور ڈایا فرام اور جگر کی جو وضع زیر کے دوران میں ہوتی ہے وہ بھی دکھائی گئی ہے۔

255

بیمیں پٹے بھی صاف نظر آتے ہیں اور زیادہ شفاف ہو جاتے ہیں۔ مزید برآں مقدم منصف بھی ایک صاف فضا کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔ فوقانی منصف میں اور ملے کی محراب بید (manubrium) سے لیکر پیچھے کی طرف کو چوتھے ظہری فقرہ تک جاتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ جس شخص سے یہ شکل بنائی گئی تھی اس میں ڈایا فرام کی انتصابی حرکت ۳ انچ تک تھی۔ طبعی شہیق میں انتصابی حرکت ۱۰ سے لیکر ۱۲ انچ تک ہوتی ہے اور یہ حرکت ایک سپلی کی چوڑائی کے برابر ہوتی ہے۔

مجسروں (azygos veins) جو دراصل نیچے کی طرف سے

قلبی وریدوں سے شروع ہوتی ہیں اور مشترک حرقفی (common iliac)؛ کلیوی (renal) اور ورید اجوف (vena cava) کی دیگر معاون وریدوں سے کم و بیش بلا واسطہ ربط و راہ رکھتی ہیں، فوقانی ورید اجوف (superior vena cava) کے انتہائی حصہ کے انسداد کی حالتوں میں وریدی روران خون کو ایک بڑی حد تک قائم رکھ سکتی ہیں۔ ایسا کرنے میں ان کو دہسلی پستانی شریان کی رفیق وریدوں اور برمعدی (epigastric) وریدوں سے مدد ملتی ہے۔ مزید برآں بن فرفری وریدیں بھی بہت کلانی یافتہ ہو جاتی ہیں اور فوقانی اور تحتانی اجوف نظاموں کے درمیان یہ نفیسی مجاری کا کام دیتی ہیں۔

ایسے سلعات (مثلاً کلانی یافتہ غدی تو دسے) سے جو موخر منصف میں پیدا ہوتے ہیں ان وریدوں کے دب جانے کا احتمال ہوتا ہے اور اسلئے ان بن ضلی وریدوں کے احتقان سے جو انہیں آکر شامل ہوتی ہیں چھاتی میں کسی قدر تہیج پیدا ہونے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ موخر منصف میں جو سلعات پیدا ہونے ہیں ان سے قصبہ یا عذاک نالی پر دباؤ پڑنے یا عصب تاؤس (vagus) یا حمل مشارک میں خلل آنے سے تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔ قصبہ اور شعبتوں اور مری کے ارد گرد جو کثیر التعداد لمفی غدود موجود ہوتے ہیں وہ اکثر تدرن کا محل بن جاتے ہیں۔ یہ ان اعضا کے ساتھ منضم ہو جاتے ہیں اور بعض اوقات انہیں گھس کر منقروح ہو جاتے ہیں۔

اس مبہم عارضہ میں جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) کے نام سے موسوم ہے غدد تیموسیہ بالعموم بہت کلانی یافتہ پایا جاتا ہے۔ یہ مقدم منصف میں واقع ہوتا ہے اور گرد قلب کے بالائی حصہ اور قلب کے بڑے بڑے عروق کے سامنے اور قص کے اس حصہ اور ان غصوفوں کے پیچھے جو پلیوں کے تیسرے جوڑ کے اوپر واقع ہوتے ہیں متکثر ہوتا ہے۔ اسکے اطراف منصفی پلورہ کے انوکھات سے ڈھکے ہوتے ہیں۔ کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں یہ بڑے بڑے عروق اور قصبہ اور شعبتوں پر دباؤ ڈالتا ہے جس سے کسی قدر انسداد پیدا ہو جاتا ہے مگر یہ انسداد اتنا زیادہ نہیں ہوتا کہ اس سے فوری موت کی جو حالت لمفیہ (status lymphaticus) میں واقع ہوتی ہے توجیہ ہو جائے۔ غدد تیموسیہ لف آسافات سے مرکب ہوتا ہے اور تقریباً اٹھارویں سال میں اپنی اعظم جاست (۳۶ گرام = ۱/۲ اونس) کو پہنچتا ہے۔ اسکے بعد اسکی جاست میں بتدریج تخفیف ہو جاتی ہے۔ مردوں میں عورتوں کی نسبت یہ تخفیف زیادہ ہوتی ہے۔ بچہ میں بوقت پیدائش اسکا وزن ۱۲ گرام ہونا چاہئے۔

اسکی شریانیں اور وریدیں جو داخلی پستانانی (internal mammary) تحتانی درنی (inferior thyroid) اور لائیمی (innominate) عروق سے نکلتی ہیں صغیر الجسامت ہوتی ہیں۔ یہ غدد ڈھیلی ڈھالی اتصالی بانٹ سے ارد گرد کی ساختوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ ترقو ہوں کے سروں کے درمیان شکاف دیکر اس سے اسکو جزوی بلکہ کلی طور پر بھی علیحدہ کرنا ممکن العمل ہے۔ اس کے افعال مبہم ہیں مگر بڈی کے نمو اور اسکی بالیدگی پر یہ بلا واسطہ اثر رکھتا ہے۔ نمو کے لئے دیکھو شکل ۶ صفحہ 281۔

### صدری قنات (thoracic duct) کربیل (Krabbel) نے ایک واقعہ

کی اطلاع دی ہے جس میں نویں ٹھہری فقرہ کے کسر کے ساتھ صدری قنات میں بھی انشقاق واقع ہو گیا تھا۔ یہ مریض چند دنوں کے بعد مر گیا اور دائیں پلور میں ایک گیلن سے زیادہ خالص کیلوس پایا گیا۔ بالائی قطنی اور زیرین ٹھہری فقرات کے اجسام اکثر تدرن کا محل ہوتے ہیں اور اسطرح پیمپیٹوں کے راسی حصے بھی۔ وڈ جونس (Wood Jones) نے ان حصوں اور صدری قنات کے قریبی تعلق کی طرف اور اس قنات کے ذریعہ سے غذا کی نالی سے تدرنی حملہ کے ان مقامات منتخبہ تک پہنچ جانے کے امکان کی طرف توجہ دلائی ہے۔

257

خزانہ کیلوس (receptaculum chyli) پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے اجسام پر بنتا ہے۔ اور یہ قنات اس سے شروع ہو کر اوپر کی طرف زیرین ٹھہری فقرات کے سامنے سے موخر منصف میں چلی آتی ہے۔ اور گردن کی بائیں جانب پر داخلی وڈجی (internal jugular) اور زیر ترقوی (subclavian) وریدوں کے مقام اتصال میں داخل ہو کر ختم ہو جاتی ہے اختتام کے قریب یہ اکثر ڈلٹا (delta) کی شکل میں شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہیں جو تعداد میں پانچ تک ہوتی ہیں۔ الہاب باریطون کے علاج میں سموم کو منقطع کرنے کے لئے اس مقام پر صدری قنات کی مسیلیت کرنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ مگر ابھی تک اس طریقہ کے کارگر ثابت ہونے کے دعویٰ کی نہ تو سریری بنا پر تصدیق کی گئی ہے اور نہ نظری بنا پر۔

معدہ کے سرطان کی حالتوں میں صدری قنات کے اختتام کے ارد گرد کے لمفی غدد بعض اوقات مرض کے ابتدائی مدارج میں ہی ثانوی بالیدوں سے کلانی یافتہ ہو جاتے ہیں۔ ثانوی انتشار صدری قنات کے ذریعہ سے واقع ہوتا ہے۔

# حصہ سوم

## جارجہ اعلیٰ

### باب یازدہم

#### کندھے کا خطہ

کندھے کے خطہ کی بحث ترقوہ، کتف، ذراعہ کے بالائی حصہ اور ان نرم حصوں پر مشتمل ہے جو انکے ارد گرد موجود ہوتے ہیں نیز کندھے کا جوڑا اور بغل بھی اس میں شامل ہیں۔

**سطحی تشریح**۔ ترقوہ، اکرومی زائڈ اور کتفی شکو کے سب کے سب زیر جلدی

ہوتے ہیں اور انکو آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ سیدھے کھڑے ہونے کی حالت میں جب کہ بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو ترقوہ عموماً عین افقی نہیں ہوتا۔ بخوبی نمونہ افراد میں باہر کے سب پر یہ ذرا اوپر کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ عورتوں اور کمزور اشخاص میں اور ان مردوں میں جنکے شانے فراخ نہ ہوں ترقوہ بعض اوقات یا تو افقی ہوتا ہے یا اس کا بیرونی سرا نیچے کی طرف کو مائل ہوتا ہے۔ لیٹنے کی حالت میں چونکہ جارجہ کا وزن دور ہو جاتا ہے

اس لئے اسکا بیرونی سراقصی سرے کی نسبت اور بھی اونچا ہو جاتا ہے۔  
 ترقوہ کا دالی درنہ (deltoid tubercle) اگر کلاں ہو تو جلد میں سے محسوس کیا جاسکتا  
 ہے اور غلطی سے نیچ العظم (exostosis) تصور کر لیا جاتا ہے۔ اگر وہی ترقوی مفصل ایک انتہائی  
 خط کے مستوی میں واقع ہوتا ہے جو بازو کی سامنے کی جانب کے وسط میں سے اوپر کی طرف کو  
 گزرتا ہے۔ اس جوڑ پر بعض اوقات اس مقام پر جو مسلح ہونا چاہئے ایک فراز محسوس کیا جاسکتا  
 ہے۔ یہ فراز یا تو ترقوہ کے سرے کی کلائی سے پیدا ہوتا ہے اور یا اُس یعنی خضروف کے موٹا ہوجانے  
 کی وجہ سے ظاہر ہوتا ہے جو بعض اوقات اس جوڑ میں پائی جاتی ہے۔ بہت سی حالتوں میں ایسا  
 معلوم ہوتا ہے کہ یہ رابطات کے کھینچ جانے کی وجہ سے ترقوہ کے اوپر کی طرف کو ذرا سا مقلوع  
 ہو جانے سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ امر یقینی ہے کہ خشک ہڈی میں ایسی کلائی شاذ و نادر ہی پائی جاتی  
 ہے جس سے اس فراز کے اکرومی مفصل پر پائے جانے کی وجہ ظاہر ہوتی ہو۔ مزید برآں اُن  
 افراد میں جنہیں عضلات بخوبی نمو یافتہ ہوں ترقوہ کا قصبہ اکثر عظیم الجسامت اور ضرورت سے  
 زیادہ ابھرا ہوتا ہے اور اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ اس سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ ہڈی یا مفصل میں  
 کوئی ضرر موجود ہے درآئیکہ ضرر موجود نہیں ہوتا۔

259

کندھے کے اوپر کے حصہ کی گولائی اور اسکے ابھار کا انحصار عضلہ الدیہ (deltoid)  
 کے نمو اور ذراعیہ کے بالائی سرے کے محل وقوع پر منحصر ہوتا ہے۔ عضلہ الدیہ کتنی نطاق  
 (shoulder girdle) سے پردہ کی طرح لٹکتا ہے اور جس ہڈی کو یہ ڈھکتا ہے اسی کی وجہ سے  
 یہ باہر کی طرف کو ابھرا ہوتا ہے۔ لہذا اگر ذراعیہ (humerus) کے سر کی جسامت کم ہو جائے  
 جیسا کہ بعض منفرز کمسور میں جو تشکیکی گردن کے نزدیک واقع ہوں ہوتا ہے تو عضلہ الدیہ  
 کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے اور اکرومی مقابلتہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ ذراعیہ کا جو حصہ عضلہ الدیہ  
 کے نیچے محسوس کیا جاتا ہے وہ اسکا سر نہیں ہے بلکہ وہ اسکے حدیدہ جات ہیں جنہیں سے حدیدہ عظیم  
 باہر کی طرف اور حدیدہ صغیر سامنے کی طرف ہوتا ہے۔ کندھے کا اسی قسم کا چپٹا پن عضلہ الدیہ کے  
 ذبول سے بھی پیدا ہو سکتا ہے جیسا کہ کندھے کے جوڑ کے مزمن التهاب مفصل اور بعض عضلی اسوائٹنڈ  
 (muscular dystrophies) اور ارب کے پیدائشی شلل (Erb's birth palsy) میں  
 اور گاہ گاہ ہے التهاب رماد النخاع مقدم (anterior poliomyelitis) میں یا بغلی  
 (axillary) (منحن: circumflex) عصب یا پانچویں اور چھٹی عنقی جڑوں کو نقصان پہنچنے



کی حالت میں ہوتا ہے۔

اس ہڈی کے سر کا معتدبہ حصہ بغل میں اوپر کی طرف کو اٹکیاں لے جا کر محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس سے پہلے بازو کی زور سے تبعید کر لی جاتی ہے تاکہ ہڈی کا سر جوڑکے کیسے کیے رہیں حصے مس کرنے لگے۔ ذرا عید کے سر کا رخ زیادہ تر داخلی یا وسطانی سر قندال کے رخ میں ہوتا ہے۔ چونکہ یہ تعلق بلاشبہ ہڈی کی ہر وضع میں قائم رہتا ہے اسلئے یہ کندھے کی چوٹوں کا امتحان کرنے اور دست و رزی سے خلوع کی ترجیح کرنے میں کار آمد ثابت ہوتا ہے۔ اس سر قندال سے ہڈی کے بالائی سرے کی وضع معلوم کرنے کے لئے بطور اشاریہ کام لیا جاتا ہے۔

260

لاوا اشخاص میں کتف کا خاکہ اور اسکے کنارے کرویش واضح طور پر نشاں خست کئے جاسکتے ہیں۔ مگر شصیم اور قوی العضلات افراد میں سوائے شوکہ اور اکرومی کے ہڈی کے دیگر تمام حصص تک جارحہ کی معمولی وضعوں میں رسائی کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے فوقانی (وعلانی) زاویہ اور فخری کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے موضوع کے ہاتھ کو مقابل کے کندھے کی طرف جہاں تک ممکن ہو سکے لے جانا چاہئے۔ تحتانی زاویہ اور بغلی کنارہ کو نمایاں کرنے کے لئے کلائی کو کمر کے پیچھے رکھنا چاہئے۔ کتف کے شوکہ اور اکرومی کے مقام اتصال پر جو زاویہ بنتا ہے وہ بازو کی چابیش لینے کے لئے بہترین مقام ہے۔ فیتہ کو یہاں سے ذرا عید کے خارجی قندال تک لے جاتے ہیں۔ کتف کا بالائی کنارہ دوسری پسلی پر اور اسکا زیرین زاویہ ساتویں پر واقع ہوتا ہے۔ اگر دیل (empyema) کے لئے پیچھے کی طرف کتفی خط میں کوئی عملیہ سر انجام دیا جائے تو یہ دیکھ لینا ضروری ہے کہ کتف نیچے سے نیچے کی وضع میں بھی فتح کو مسدود نہ کرنے پائے۔ لہذا جو پسلی قطع کی جائے وہ یا تو آٹھویں یا نویں۔ فنی مزاولت میں صحیح پسلی کی تعیین اس پسلی کے معلوم کرنے سے کی جاتی ہے جو کتفی زاویہ سے عین باہر ہو جبکہ بازو طرف جسم سے لایا جاتا ہے۔

جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹک رہا ہو اور ہاتھ کی ہتھیلی سامنے کی طرف ہو تو اکرومی خارجی یا جانبی سر قندال اور کبیرہ کا زائدہ ابریہ سب کے سب ایک خط میں واقع ہوتے ہیں۔

عضلہ صلاہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ والیہ (deltoid) کے درمیان کا میزاب عموماً مشناخت کیا جاسکتا ہے۔ اس میں سے قیفانی ورید (cephalic vein) اور اکرومی صلاہ (acromio-thoracic) شریان کی ایک بڑی شاخ گزرتی ہے۔

اس میزاب کے نزدیک اور تر قوہ کے ذرا نیچے غرابی زائدہ (coracoid process)

محسوس کیا جاسکتا ہے۔ گریہ زائدہ ان دونوں عضلات کے درمیانی وقفہ میں موجود نہیں ہوتا بلکہ یہ عضلہ والیہ (deltoid) کے سب سے اندرونی ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔

غرابی اکرومی (coraco-acromial) رباط کا محل متعین کیا جاسکتا ہے اور اگر اس کے نقطہ وسطی پر چاقو بھونک دیا جائے تو اسے ذوراسین (biceps) کے وتر سے ٹکرانا چاہئے اور اس سے کندھے کا جوڑ کھل جانا چاہئے۔ جب بازو طرف جسم کے ساتھ لٹکتا ہے اور ہتھیلی آگے کی طرف کو ہوتی ہے تو ذوراسینی میزاب (bicipital groove) (بین درنی تجوہ intertubercular sulcus) اکرومی ترقوی جوڑ کے عین نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

261

ترقوہ کے عین نیچے ایک نشیب رخت ترقوی حفہ (infraclavicular fossa) ہوتا ہے جسکی گہرائی میں مختلف افراد میں معتد بہ اختلاف ہوتا ہے۔ یہ ذراعیہ کے زیر غرابی غلوخ میں اور ترقوہ کے ایسے کسور میں جنہیں بد وضعی بھی ساتھ شامل ہو نیز بہت سی بالید ہائے بغل سنے اور دیوار صدر کے بالائی حصہ کے بعض التہابات سے بھی پڑ ہو جاتا ہے۔ زیر ترقوی اور زیر غرابی غلوخ میں اس حفہ کی جگہ ایک فراز پیدا ہو جاتا ہے۔ اس خط میں ایک مقام پر جو غرابی زائدہ کے اندر کی (وسطانی) طرف واقع ہوتا ہے اور ترقوہ کے تقریباً وسطی حصہ کا متناظر ہوتا ہے بغلی شریان کے نبضانات دوسری پسلی پر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ ترقوہ کے عین نیچے صدر یہ کبیرہ (pectoralis major) کے قسمی اور ترقوی حصوں کے درمیان کی بین فضا اکثر شناخت کی جاسکتی ہے۔

**بغل۔** بغل کے مقدم اور موخر کنارے بہت واضح ہوتے ہیں۔ مقدم کنارہ جو

صدر یہ کبیرہ (pectoralis major) کی زیریں کور سے بنتا ہے پانچویں پسلی کے ساتھ ساتھ جاتا ہے۔ بغل کے گڑھے میں جارحہ املی کی وضع کے لحاظ سے اختلاف واقع ہوتا ہے، بشرطیکہ دوسری تمام حالتیں یکساں رہیں۔ یہ آن حالتوں میں عمیق ترین ہوتا ہے جبکہ بازو کو طرف جسم سے دور رکھنے کے زاویہ پر اٹھایا جائے اور جب وہ عضلات جن سے اسکے کنارے بنتے ہیں حالت انقباض میں ہوں جب بازو خط افقی سے اوپر اٹھایا جاتا ہے تو یہ گڑھا زیادہ اتھلا ہو جاتا ہے اور ہڈی کا سر اس فضا میں تحلیل کر آتا ہے جس سے یہ کم و بیش پڑ ہو جاتی ہے اور اس حفہ کی چوڑائی مقدم اور موخر شکلوں کے قریب آجانے سے کم ہو جاتی ہے۔ جب بازو جسم سے زاویہ قائمہ پر اوپر اٹھایا جاتا ہے تو عضلہ غرابہ عضدہ (coraco-brachialis) سے بغل کی آڑا میٹی جانب کے ساتھ ساتھ ایک

نمایاں مرمیہ بنجاتا ہے۔ اگر بازو کو طرف جسم کے ذرا نزدیک لے آئیں تو جراح کا ہاتھ بغل میں اوپر تک بخوبی جاسکتا ہے اور دیوار صدر کا استقصاء تیسری پسلی کی بلندی تک کیا جاسکتا ہے۔

بغلی غدد جب طبعی حالت میں ہوں تو محسوس نہیں کئے جاسکتے۔ مرکزی گروہ بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ بغلی غدد کی کلانی کا امتحان کرنے کے لئے جراح کو یہ چاہئے کہ اپنے ہاتھ کی انگلیوں کو بالکل قریب لاکر مخروط کی شکل کا بنائے اور اسے بغل کے راس میں جتنی بلندی ممکن ہو لے جائے اور پھر اسے آہستہ آہستہ نیچے کی طرف پہلے بغل کی صدری دیوار پر اور پھر اسکی مقدم اور موخر اور ذرا علیتی دیواروں پر لیجائے۔ اس طریقہ سے کلانی یافتہ غدد انگلیوں میں محسوس جاتے ہیں اور محسوس کئے جاسکتے ہیں اور نہ بغل میں انگلیوں کے سرے محض گھاڑ دینے سے غدد کو اوپر کی طرف دھکیل دینے کا امکان ہوتا ہے جس سے انکی کلانی شناخت نہیں ہوسکتی۔

زیر ترقوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور بغلی (axillary) شریان اور اسکے تسلسل — عضدی (brachial) شریان — کا رخ ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو ترقوہ کے وسط سے لیکر غرابی زائده سے گزرتا ہوا پیش مرفعی حفرہ کے نقطہ وسطی تک کھینچا جائے جبکہ بازو کی دھڑ سے زاویہ قائمہ پر تعبید کی گئی ہو اور ہاتھ جت حالت میں ہو۔

صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا بالائی کنارہ ایک خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو تیسری پسلی سے اسکے غضروف کے قریب سے غرابی زائده کی نوک تک کھینچا جائے۔ جس مقام پر یہ خط بغلی شریان کے خط کو کاٹتا ہے وہ مقام اکرونی صدری (acromio-thoracic) شریان کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ صدریہ صغیرہ (pectoralis minor) کا زیرین کنارہ اور جانبی یا طویل صدری (lateral or long thoracic) شریان کا محل جو اسکے کنارہ کے ساتھ ساتھ جاتی ہے ایک خط سے ظاہر کئے جاسکتے ہیں جو پانچویں پسلی سے اسکی غضروف کے نزدیک سے لیکر غرابی زائده کی نوک تک کھینچا جائے۔

زیر کتفی (subscapular) شریان کا خط زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے زیرین یا جانبی کنارہ کا قیاس ہوتا ہے جسے ساتھ ساتھ یہ شریان جاتی ہے۔ مگر اس کنارہ کا محل وقوع زندہ یا غیر متعلق شدہ موضوع میں صرف اندازہ سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔

منحن (circumflex) (بغلی : axillary) عصب اور موخر منحن (posterior circumflex) شریان ذراعیہ کو افقی خط میں عضلہ دلتی (deltoid) کے انتصابی محور کے

نقطہ وسطی کے اوپر تقریباً ایک انگلی کی چوڑائی کے فاصلہ پر عبور کرتے ہیں۔ یہ مقام اس عصب کی مفروضہ کوفٹنگلی میں اہمیت رکھتا ہے۔ کستنی ٹھری (dorsalis scapulae) شریان (منہن کستنی circumflex scapular) بغلی کنرہ کو اس مقام پر عبور کرتی ہے جو عضلہ الیہ (daltoid) کے امتصافی محور کے نقطہ وسطی کا متناظر ہوتا ہے۔

بغلی (axillary) شریان کی بڑی بڑی شاخوں کے محل وقوع کے مختلف نشانات اس حالت میں معلوم کئے جاتے ہیں جبکہ بازو اپنی طبعی وضع میں طرف جسم پر لٹک رہا ہو۔

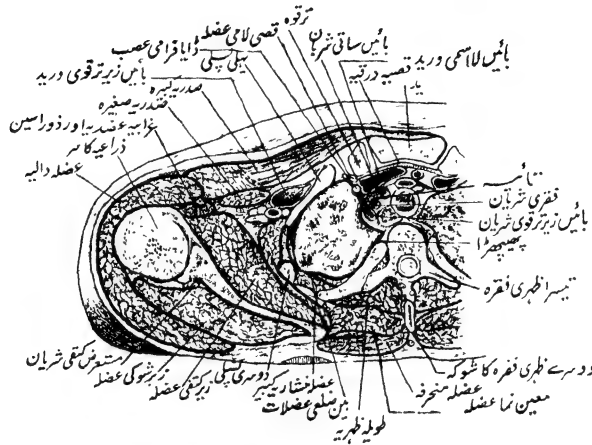
**ترقوہ (clavicle)**۔ ترقوہ کے اوپر کی مبلہ ڈھیلے طور پر چپکی ہوتی ہے اور ہڈی پر سے ادھر ادھر ہٹائی جاسکتی ہے۔ اس حالت سے اس امر کی توجیہ ہو سکتی ہے کہ ترقوی خطہ کی کوفٹنگلیوں میں جلد میں کیوں حقیقی زخم نہیں آتا اور نیز اس سے کسی حد تک جلد کے ترقوہ کے کسور میں بکثرت مشتبہ نہ ہونے کی توضیح بھی ہو جاتی ہے۔

وہ تین فوق ترقوی (supraclavicular) اعصاب جو ترقوہ کو عبور کرتے ہیں تیسرے اور چوتھے عنقی اعصاب کی شاخیں ہوتے ہیں اور یہ یاد رکھنا مناسب ہو گا کہ بالائی عنقی عموذ فقری کے مرض میں ہنسل کے اوپر درد کا محسوس ہونا ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ یہ علامت اس حالت میں ان اعصاب کی خواش سے پیدا ہوتی ہے جو انکے قنال شوکی سے نکلنے کے مقام پر واقع ہوتی ہے۔

گاہے گاہے خارجی دراجی (external jugular) اور قیغالی (cephalic) وید کا ایک درمیانی رابطہ ترقوہ کو عبور کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے اور یہ ان علیہ جات میں جو زیر ترقوی (subclavian) شریان کے تیسرے حصہ اور عضدی ضغیرہ (brachial plexus) کو معتر کرنے کے لئے سرانجام دئے جاتے ہیں کاٹ دیا جاتا ہے۔ یہ رابطہ شاذ طور پر ایک سوراخ میں بھی گزرتا ہے جو خود ترقوہ میں واقع ہوتا ہے۔

ترقوہ کے نیچے بڑے بڑے عروق اور بڑے بڑے عصبی احوال پہلی پسلی پر پڑے ہوتے ہیں۔ ورید سب سے اندر کی طرف ہوتی ہے اور ہنسل اور پہلی پسلی کے درمیان کے زاویہ مادہ میں واقع ہوتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ہڈی کی بالیدیں ان اہم ساختوں پر آسانی سے دباؤ ڈال سکتی ہیں اور ورید کے اپنے محل وقوع کی وجہ سے اور نیز کم مزاحمت پیش کر نیکی باعث

سب سے پہلے مضبوط ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ ساختیں ترقوہ کے کس میں ہڈی کے ٹکڑوں سے زخمی ہو چکی ہیں۔ خوش قسمتی سے ترقوہ اور ان بڑے بڑے اعصاب اور عروق کے درمیان زیر ترقوی عضلہ (subclavius) حائل ہوتا ہے۔ یہ عضلہ ہڈی کی زرخین سطح سے منسوب ہے چسپیدہ اور ایک گھنی ردائیں طغوف ہوتا ہے اور کس کی حالت میں یہ عروق کے لئے ایک خاص



شکل ۶۲۔ بائیں کندھے کے جوڑ کے لیول پر کی افقی تراش، بائیں ترقوہ کے قرب وجوار کی ساختوں کا محل وقوع ظاہر کرنے کے لئے۔

(برون: Braune کے مطابق)

محافظ کا کام دیتا ہے۔ مزید برآں عضلہ کی یہ متداخل گدی عملیات قطع میں بہت کار آمد ثابت ہوتی ہے۔

ترقوہ کے پیچھے مندرجہ ذیل ساختیں دیکھی جاسکتی ہیں (شکل ۶۲)۔ لاسمی (innominate)، زیر ترقوی (subclavian) اور خارجی و باہمی (external jugular) وریڈیں۔ زیر ترقوی (subclavian)، فوق کتفی (suprascapular) (مستقیم کتفی) (transverse scapular) اور داخل پستان (internal mammary) شریانیں

عصدی نصیبہ (brachial plexus) کے احبال۔ ڈایا فرامی (phrenic) عصب اور طولی صدری (long thoracic) عصب (عصب بن: nerve of Bell)۔ صدری قنات (thoracic duct) کتقیہ لامیہ (omohyoid) مختلف الاضلاع (scalene) قنصیہ لامیہ (sterno-hyoid) اور قنصیہ درتبیہ (sterno-thyroid) عضلات اور پھیپھڑے کا راس۔ اس ہڈی کا قنسی سر لا اسمی (innominate) یا بائیں سبائی (left carotid) شریان، عصب تائیہ (vagus) اور بازگرد (recurrent) اعصاب، قنصبہ (trachea) اور مری (oesophagus) سے زیادہ دور نہیں ہوتا۔

ترقوہ کے تعلقات اسکے جزوی یا کلی تہیصال کے خطرات کو ظاہر کرنے کے لئے بیان کئے گئے ہیں۔ جوں جوں جراح اکرومی سرے سے قنسی سرے کی طرف بڑھتا ہے عملیہ کی مشکلیں اور اسکے خطرات زیادہ ہوتے جاتے ہیں۔ اس ہڈی کے اکرومی ٹلٹ کا تہیصال مقابلتہ آسان ہے، مگر قنسی حصہ کا تہیصال مشکل اور خطرناک ہے۔ تمام ترقوہ کو دور کر دینے سے بازو کو اتنا نقصان نہیں پہنچتا جتنا کہ تصور کیا جاسکتا ہے۔

جارحہ اعلیٰ اور دمر کے درمیان ترقوہ ہی صرف ایک بلا واسطہ تعلق ہے اور شدید حادثات میں جب یہ تعلق منقطع ہو جاتا ہے تو سالم جارحہ اعلیٰ کا بالکل الگ ہو جانا ممکن ہوتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) اور دوسروں نے قلع جارحہ کے ایسے واقعات کا اندراج کیا ہے۔

**ترقوہ کے کسور۔** ترقوہ جسم کی کسی دوسری کیلی ہڈی کی نسبت زیادہ کثرت سے

ٹوٹتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ جارحہ اعلیٰ اور دمر کے درمیان صرف ہی ایک عظمیٰ تعلق ہے اور یہ جوٹ کے معرض اثر میں اکثر آتا ہے۔ طولی بیرم یعنی جارحہ اعلیٰ کے ذریعہ سے اس پر قوت کا اثر ڈالا جاسکتا ہے۔ بالواسطہ جوٹ سے جو عام کسور واقع ہوتا ہے وہ ترچھا ہوتا ہے اور اسکا محل ایک ہی ہوتا ہے، یعنی یہ ہڈی کے درمیانی ٹلٹ کے بیرونی کنارہ پر ہوتا ہے۔ ترقوہ کا بیرونی ٹلٹ رباطات کے ذریعہ سے غرابی اور اکرومی زائڈوں سے اس مضبوطی سے وابستہ ہوتا ہے کہ یہ کتف کا ایک حصہ ہی تصور کیا جاسکتا ہے۔ لہذا کندھے کے بل گرنے سے صدر پہنچتا ہے وہ ترقوہ کے بیرونی اور وسطی ٹلٹوں کے مقام اتصال پر منتقل ہو جاتا ہے۔ یہ ہڈی اس مقام پر ٹوٹتی ہے جہاں یہ قوت کتف سے ترقوہ پر منتقل ہوتی ہے۔ اس محل پر مقام کسور کو

معین کرنے کے لئے غرابی اکرومی رابطات کا محل بلاشبہ سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے۔ کیونکہ جس ترقوہ پر تجربہ طولانی مضبوطی کا اثر ڈالا جاتا ہے وہ اس مقام پر نہیں ٹوٹتا۔ (بینٹنٹ - Bennett)۔

266

اس کے کسر میں مندرجہ ذیل غیر وضعیت پیدا ہوتی ہے۔ اندر کے ٹکڑے کی وضع یا تو غیر متغیر رہتی ہے اور یا اسکا باہر کا سرا عضلہ قصیہ (sterno-mastoid) کے ذریعہ سے ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ اس عضلہ کے ہر ایک فعل میں عضلہ صدیکہ (pectoralis major) اور قصی ترقوی (معین نما: rhomboid) رابطا مزاحم آئینگے۔ باہر کے ٹکڑے میں تہری بد وضعی پیدا ہو جاتی ہے۔ (۱) یہ عین نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور یہ بد وضعی زیادہ جارحہ کے وزن سے عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ صدیکہ صغیر (pectoralis minor) اور عضلہ صدیکہ کبیر (pectoralis major) کے پیرین ریشے اور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) بھی مدد پہنچاتے ہیں۔ (۲) یہ ان عضلات سے جو دھڑ سے کندھے کی طرف کو جاتے ہیں مثلاً رافع الکنتف (levator scapulae) عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) اور خاصکرو عضلات صدیکہ (pectorals) عین اندر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ (۳) یہ ٹکڑا اس طرح گرد و کش کو جاتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا اگلے کی طرف کو نکل جاتا ہے اور اندر کا سرا پیچھے ہٹ جاتا ہے۔ یہ گردش زیادہ تر دونوں عضلات صدیکہ کے ذریعہ سے عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ منشاریہ کبیر (serratus magnus) (مقدم) سے خاص مدد ملتی ہے۔ موصرا الذکر عضلہ کا طبعی فعل کنتف کو آگے کی طرف کو لے جانا ہے اور ترقوہ بھی جو جارحہ اعلیٰ کو دھڑ سے مناسب فاصلہ پر رکھنے کے لئے ایک بازو سہار (outrigger) کی طرح کام کرتا ہے ساتھ ہی آگے کی طرف چلا آتا ہے اور کنتف کو سیدھا رکھتا ہے اور جب یہ بازو سہار ٹوٹ جاتا ہے تو عضلہ منشاریہ (serratus) کنتف کو عین آگے کی طرف نہیں لے جاسکتا۔ اس ہڈی کا میلان دھڑ کی جانب کو جانے کی طرف ہوتا ہے اور اسلئے یہ اندر کی اور سامنے کی طرف کو حرکت کرتی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ لہذا اس کسر میں ٹکڑوں کا متراکب ہونا ضروری ہوتا ہے۔ اور چونکہ غیر وضعیت کو رفع کرنا مشکل ہوتا ہے اسلئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ سوائے فحذی کے اور کسی ہڈی میں قصر کے باقی رہ جانے کا اتنا احتمال نہیں ہوتا جتنا کہ ترقوہ کے ترچھے کسر کے بعد ہوتا ہے۔ قصر کی پائش شاذ و نادر ہی ایک انچ سے متجاوز ہوتی ہے۔ اس کسر میں جو بد وضعی پائی جاتی ہے

اسکی اصلاح مریض کے لیٹ جانے پر بخوبی کیجا سکتی ہے۔ چونکہ اس وضع میں جارح کا وزن دور ہو جاتا ہے اسلئے جو غیر وضعیت نیچے کے رخ میں موجود ہوتی ہے وہ فوراً رفع ہو جاتی ہے۔ اور چونکہ کندھے کی چوٹی بھی پیچھے کی طرف کو مرکب جاتی ہے اسلئے باہر کے ٹکڑے کی غیر وضعیت جو اندر کی طرف ہوتی ہے اور اسکی گردش جو آگے کی طرف ہوتی ہے کسی حد تک دور ہو جاتی ہیں۔ بہر کیف موخر الذکر دونوں غیر وضعیتوں کا بیشتر حصہ کتف کی وساطت ہی سے دور ہوتا ہے۔ لیٹنے کی حالت میں کتف دکر صدر کے اور نزدیک آ جاتا ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اسکا باہر کا سرا (اور اسکے ساتھ ہی ظاہر ہے کہ ترقوہ کا باہر کا ٹکڑا بھی) باہر کی اور پیچھے کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ بعض جراح کتف کے اس اہم فعل کو جو ان واقعات میں غیر وضعیت کو رفع کرنے کے لئے بروئے کار آتا ہے تسلیم کرتے ہوئے کتف کو دسر سے مضبوطی سے پٹیوں کے ذریعہ سے باندھ دیتے ہیں اور ساتھ ہی بازو کو اوپر اٹھا دیتے ہیں۔

بلا واسطہ چوٹ سے جو کسور واقع ہوتے ہیں وہ بالعموم مستعرض ہوتے ہیں اور ہڈی کے ہر ایک حصہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔ جب یہ وسطی ثلث میں واقع ہوتے ہیں تو ان میں وہی غیر وضعیت پائی جاتی ہے جسکا ذکر ابھی کیا جا چکا ہے۔ جب کسر مخروط نما (conoid) اور شبیہ منحرف (trapezoid) رباطات کے درمیان واقع ہوتا ہے تو کوئی غیر وضعیت مکن نہیں ہوتی اور جب یہ ان سے باہر واقع ہوتا ہے تو باہر کے ٹکڑے کا باہر کا سرا عضلات صدریہ (pectorals) اور عضلہ منشاریہ (serratus) کی وجہ سے آگے کو مچلا جاتا ہے اور اس کا اندر کا سرا عضلہ منحرف (trapezius) کی بدولت ذرا اوپر کو اٹھ جاتا ہے۔ اس کسر میں باہر کے ٹکڑے کی کوئی عمومی غیر وضعیت نیچے کی طرف کو نہیں پائی جاتی کیونکہ یہ اس رخ میں حرکت نہیں کر سکتا تا وقتیکہ کتف بھی اسکے ساتھ نہ جائے اور کتف غرابی ترقوی رباطات سے ترقوہ کے اندر کے ٹکڑے سے وابستہ رہتا ہے۔

ترقوہ صرف عضلہ فعل کی شدت سے بھی ٹوٹ جاتا ہے۔ پولا یون (Polaillon) نے الملاح کردہ واقعات کے محتاط تجزیہ سے یہ نتیجہ نکالا ہے کہ جو عضلات ہڈی کو ٹوڑتے ہیں وہ عضلہ والیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ کا ترقوی حصہ ہیں۔ یہ کسی حالت میں بھی ظاہر نہیں ہوتا کہ کسر عضلہ قصیہ صلیہ (sterno-mastoid) سے واقع ہوتا ہے۔ جن حرکتوں سے یہ کسر بالعموم واقع ہوتا ہے وہ جارح کی آگے کی طرف کی یا اوپر کی طرف کی شدید حرکتیں ہیں۔ یہ دو ملام پر ہڈی کے



وسط میں واقع ہوتے ہیں اور انہیں سوائے دونوں ٹکڑوں کے آگے کی طرف کو یعنی اول الذکر دونوں عضلات کے ریشوں کے رخ میں حرکت کر جانے کے کوئی غیر وضعیت موجود نہیں ہوتی۔

ترقوہ میں خیز رال کسور (green-stick fracture) جسم کی کسی دوسری ہڈی کی نسبت زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ منسل کے ٹوٹنے کے نصف واقعات درحقیقت ۵ سال کی عمر سے پہلے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔

268

اس ہڈی کے تعلقات کی طرف رجوع کرنے سے یہ ظاہر ہوگا کہ شدید کسور میں جنہیں بہت سی غیر وضعیت موجود ہو اور کڑے تیز ہوں اعصاب اور عروق کو اہم متلازم ضررات (associated injuries) پہنچ جاتے ہیں (دیکھو شکل ۶۲)۔ جارحہ الاعلیٰ کے شلل (جو قاعدۃً غیر مکمل ہوتا ہے) کے بہت سے واقعات کی اطلاع وصول ہوئی ہے جن میں شلل اس ہڈی کے کسر سے پیدا ہوا تھا انہیں سے بعض واقعات میں یہ علامت اپنی جگہ سے ہٹے ہوئے ٹکڑوں سے کسی بڑی عصبی جل کے حقیقتہً مضبوط یا منشق ہو جانے سے پیدا ہوئی تھی اور بعض میں عصب کا ضرر اگرچہ ابتدائی حادثہ ہی میں واقع ہوا تھا مگر شکستہ ترقوہ سے غیر متعلق تھا۔ عضلہ ذورا سینین (biceps)، عضلہ عضدیہ (brachialis) اور عضلہ عضدیہ کبریہ (brachio-radialis) (باطمحہ طویل: supinator longus) یعنی ان عضلات کا شلل جنکو بالائی (جانبی) جل رسد پہنچاتی ہے کدے پر بھاری وزن اٹھانے سے واقع ہو جاتا ہے۔ زیر ترقوی (subclavian) شریان اور زیر ترقوی ورید اور نیز داخل و داجی (internal jugular) ورید اور اکرومی صدری (acromio-thoracic) شریان کے زخمی ہونے کے واقعات کی اطلاع بھی پہنچی ہے۔ کئی ایک مثالوں میں یہ کسر بھیمڑے کے زخم کی محیت میں اوپر کی پسلیوں کے کسر کے ساتھ یا اسکے بغیر پایا گیا تھا۔

ترقوہ میں تعظم جسم کی ہر ایک ہڈی سے پیشتر شروع ہو جاتا ہے۔ بوقت پیدائش تمام پوری مغلی ہوتی ہے مگر دونوں سرے ابھی تک غضروبی ہی ہوتے ہیں۔ اسکے قصی سرے کے لئے ایک بر بالہ (epiphysis) ہوتا ہے جو اٹھارویں اور بیسویں سال کے درمیان ظاہر ہوتا ہے اور پچیسویں سال کے قریب پوری سے متحد ہو جاتا ہے۔ یہ صرف ایک نخل سا ہوتا ہے اور قصی مفصل کے رباطات سے گمرا ہوتا ہے اور حادثہ میں ابھی طرح سے ملحدہ نہیں ہو سکتا۔

لے سر جیتہ (Mr. Heath) (لانیٹ: Lancet) ۱۸ نومبر ۱۸۵۵ء ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے جو شائد

جن واقعات میں ترقوہ خلقی طور پر غائب بتایا جاتا ہے ان میں ہڈی کے اس حصہ کی جگہ جو غشا سے بنتا ہے ایک رباطی جل ہوتی ہے اور سروں کی جگہ جو غضروف سے بنتے ہیں عظمیٰ کر سبجے ہوتے ہیں ترقوہ کے ناقص تعظم کے ساتھ بالعموم کھوپری کی ان ہڈیوں کا غیر مکمل تعظم بھی پایا جاتا ہے جو غشا سے بنتی ہیں اور یہ حالت عجبی ترقوی سوئی تعظم (cranio-cleido-dysostosis) کے نام سے مشہور ہے۔ اس مرض کی ڈی فیز ویلیس (D. Fitzwilliams) نے ۶۰ مثالیں جمع کی ہیں اور میں (سٹی۔ سی چوائس) نے تین اور دیکھی ہیں۔ اس مرض کے مریض ترقوہ کے زیادہ تر حصہ کے رباطی حالت پر قائم رہنے کی وجہ سے کندھے کو ایک غیر معمولی درجہ تک قریب لاسکتے ہیں۔ بعض اوقات ترقوہ کا نقص اتنا محدود ہوتا ہے کہ یہ کمر کے مشابہ ہوتا ہے۔

### قصی ترقوی مفصل (sterno-clavicular joint)۔ اگرچہ صرف یہی

ایک مفصل ہے جو جارحہ اعلیٰ کو دھڑ سے بلا واسطہ متحد کرتا ہے مگر پھر بھی اس میں اتنی کافی طاقت موجود ہوتی ہے کہ اس میں خلع مقابلہ شاذ طور پر ہی واقع ہوتا ہے۔ اس مفصل کی حرکت کا انحصار زیادہ تر قفس اور ترقوہ کے قصی سرے کے روگوں میں عدم توازن موجود ہونے پر ہوتا ہے۔ ان حصوں کا باہمی عدم تناسب بین مفصلی غضروف کی وجہ سے برقرار رہتا ہے جو صرف ترقوی سطح کے خاکہ کی شکل کا ہوتا ہے۔ اس مفصل کا کہنہ وی (V) کی شکل کا ہوتا ہے، جسکی وجہ یہ ہے کہ ترقوہ جبکہ بازو پہلو سے قریب لٹک ہا ہوا اپنے خانہ کو محض اسکے زاویہ زیرین پر ہی مس کرتا ہے۔ لیکن جب ہاتھ اوپر اٹھا ہوا ہو تو یہ دونوں ہڈیاں ایک دوسری کے ساتھ زیادہ قریبی طور پر مس کرتی ہیں اور کہنہ مفصلی صرف ایک جھری کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ چنانچہ اس مفصل کے مریض یہ پایا جاسکا کہ اسکی تمام حرکتوں میں سے صرف جارحہ اعلیٰ کا اوپر کو اٹھانا ہی ایک ایسی حرکت ہے جس سے درد ہمیشہ پیدا ہوتا ہے۔ مفصل نازل حنفی (descending cervical) عصاب کی فوق ترقوی شاخ سے درد حاصل کرتا ہے۔

بقیہ حاشیہ صفحہ گذشتہ۔ فقہیہ النال ہے۔ یہ واقعہ ایک چودہ سال کے لڑکے کا ہے جسکا ترقوہ کرٹ میں بال کرتے ہوئے رباطی غضروف سے ملحدہ ہو گیا تھا اور بال بالی ملال رہا۔ یہ ظاہر ہے کہ جس عضلہ سے یہ حادثہ واقع ہوا وہ عضلہ مددیر کبریٰ تھا۔

ترقوہ کی تمام وضعوں میں مقدم اور موخر قصی ترقوی رابطات کے معتدل طور پر تنیدہ ہونے کی وجہ سے اس مفصل کی حرکتیں محدود ہوتی ہیں۔ رباط موخر ترقوہ کی اس حرکت کو باز رکھتا ہے جو قص پر آگے کی جانب کو ہوتی ہے اور جس میں رباط مقدم مزاحم آتا ہے۔ یہ موضوع الذکر رباط موخر بند کے مقابل میں زیادہ ڈھیلا اور کم مضبوط ہوتا ہے اور اسکی کمزوری سے آگے کی طرف کو خلع واقع ہونے کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے۔

270

ترقوہ کی جو حرکت قص پر پیچھے کی طرف کو واقع ہوتی ہے اس کی تحدید رباط مقدم سے ہوتی ہے۔ اور اس ہڈی کے سرے کے پیچھے کی طرف کو گزرنے میں مضبوطی مزاحم آتا ہے۔ اس حرکت کی مخالفت ضلعی ترقوی رباط سے بھی ہوتی ہے۔ لہذا پیچھے کی طرف کو خلع واقع کرنے کے لئے معتد بہ قوت کا استعمال کرنا ضروری ہوتا ہے۔ میں (اسی جی) چوائس نے صرف ایک ہی واقعہ دیکھا ہے جو گھوڑے پر سے گرنے سے ظہور پذیر ہوا تھا۔ اس میں نظر ہر دونوں رابطات دریدہ ہو گئے تھے اور دوران اندام میں خلع کے بار دیگر واقع ہونے روکنے کے لئے معتد بہ شکل پیش آتی تھی۔

## قصی ترقوی مفصل کا مرض - مفصل میاں مفصلی غضروف کے ذریعہ سے

درحقیقت دو جوڑوں پر منقسم ہوتا ہے۔ اور ان میں سے ہر ایک میں ایک واضح زلابی غشا ہوتی ہے ان جوڑوں میں جوڑوں کے معمولی امراض پیدا ہو سکتے ہیں اور یہ ظاہر ہے کہ مرض ان زلابی تاجوں میں سے ایک ہی میں شروع ہو سکتا ہے اور کچھ عرصہ کے لئے اسی تک ہی محدود رہ سکتا ہے۔ وقت گزرنے پر بالعموم تمام مفصل ماؤف ہو جاتا ہے۔ مگر ترقی یافتہ واقعات میں بھی مرض بعض اوقات غضروف کی ایک ہی طرف کے زلابی کہف تک محدود رہتا ہے۔ بعض معنفین کی یہ رائے ہے کہ مفصل تقیح الدم (pyemia) سے کسی دوسرے مرض کی نسبت زیادہ کثرت سے متاثر ہوتا ہے۔ جب قصی ترقوی مفصل میں انصباب اور بالخصوص تقیح پیدا ہو جاتا ہے تو ورم بالعموم سامنے کی طرف ظاہر ہوتا ہے کیونکہ اس مفصل کے ارد گرد جتنی رابطی ساختیں ہیں ان میں سے مقدم قصی ترقوی رباط سب سے پتلا اور سب سے کم مزاحم ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ پیپ جب از خود باہر نکل آتی ہے تو عام طور پر مقدم سطح پر ہی سے خارج ہوتی ہے۔

قصی ترقوی مفصل کے خلوع - ترقوہ کا خلع قص سے ان تین رنوں میں سے

کسی ایک رخ میں واقع ہو سکتا ہے اور یہ بلحاظ کثرت وقوع بالترتیب دئے گئے ہیں۔ (۱) آگے کی جانب۔ (۲) پیچھے کی جانب۔ (۳) اوپر کی جانب۔ رباطات کے مفصل کی حرکتوں کو محدود رکھنے کے متعلق جو اوپر بیان کیا جا چکا ہے اس سے ان خلوع کی اضافی کثرت وقوع سمجھ میں

آ سکتی ہے۔ **اکرومی ترقوی مفصل**۔ مفصل احملا ہوتا ہے اور جن دو ہڈیوں سے یہ

بنتا ہے انکا خاکہ ایسا ہوتا ہے کہ ترقوہ کے اکرومی سے دور بہت جانے میں کوئی شے مزاحم نہیں ہوتی۔ اس مفصل کی طاقت کا انحصار حقیقت میں تقریباً سب کامب اسکے رباطات پر ہوتا ہے۔ اسکا مستوی اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو ان ہڈیوں کے درمیان اوپر سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو کھینچا جائے۔ اس مفصل کا یہ میلان اس امر کی توضیح کرتا ہے کہ اس حصہ کا عام خلع ترقوہ کے اکرومی پر سے اوپر کی طرف ہٹ جانے کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اس مقام پر جو خلع واقع ہوتا ہے، اسکا ایک مخالفہ انگیز منظر شعاعی نگار شوں میں اکثر دیکھنے میں آتا ہے، خاصاً مگر جبکہ نلی کو مفصل کے اوپر صمیم طور پر نہ رکھا گیا ہو۔ لہذا یہ بہت ممکن ہے کہ شعاع نگار ش کا نا تجربہ کار شارح ایسی حالت میں بھی خلع تشخیص کر دے جبکہ کوئی خلع موجود نہ ہو۔ چونکہ اس مفصل کے حرکات میں حادثہ یا مرض کی وجہ سے نقص واقع ہو جاتا ہے اس لئے

یہ معلوم کر لینا بہتر ہوگا کہ جارحہ کے حرکات میں یہ مفصل کیا حصہ لیتا ہے۔ جب کتف (اور یہ ظاہر ہے کہ اسکے ساتھ بازو بھی ہوتا ہے) صدر پر آگے اور پیچھے کی جانب کو پھسلتا ہے تو ایکٹس کی شکل میں حرکت کرتا ہے جسکا مرکز قوسی ترقوی مفصل پر ہوتا ہے، اور نصف قطر ترقوہ ہوتا ہے۔ جب یہ ہڈی آگے کی طرف کو حرکت کرتی ہے تو ان وجوہ کی بنا پر جبکا ذکر ابھی آئے گا یہ ضروری ہے کہ وقعی کنبہ کا رخ بھی ترجیحی سمت میں آگے کی طرف کو ہو۔ یہ موخر الذکر مطلوبہ حالت اکرومی ترقوی مفصل سے پیدا ہوتی ہے۔ اس مفصل کی عدم موجودگی میں تمام کتف ترقوہ کے بیرونی تہتے آگے کی طرف کو گزرتے وقت مذکورہ بالا دائرہ کے خط کا متبع کر لگا اور وقعی کنبہ کا رخ اندر کی جانب کو زیادہ ہو جائے گا۔ یہ لازمی ہے کہ وقعی کنبہ کی سطح ذراعیہ کے طویل محور پر سی الامکان زاویہ قائمہ کنی حالت میں قائم رہے۔ جب یہ تعلقات برقرار ہیں تو ذراعیہ کے پیچھے ہڈی کی مضبوط سطح کا سہارا موجود ہوتا ہے اور کسی حد تک اسی سہارے سے فائدہ اٹھانے کے لئے گونیسے باز جانب سے یعنی ذراعیہ کو پیچھے سے کتف کا اچھی طرح سے سہارا دیکر گونسا مارتا ہے۔ اگر اکرومی ترقوی جوڑ

موجود نہ ہوتا تو قبی حفرہ بازو کو آگے کی طرف بڑھانے کی صورت میں سہارا نہ دیتا اور اس حالت میں گھونسا مارنے سے جب کہ جارحہ اس وضع پر ہوا اسی طرح کے حالات کے تحت ہاتھ کے بل گرنے سے ذراعیہ کے کندھے کے جوڑ کے کیسہ کی طرف نکل جانے کا امکان ہوتا ہے جس سے خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا طبعی حالتوں میں جوں جوں کتف اور بازو آگے کی طرف کو بڑھتے ہیں اکرومی اور ترقوہ کے ہم پہلو حصہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے اور قبی حفرہ ایسی وضع پر قائم رہتا ہے کہ اسکارخ کافی حد تک آگے کی طرف کو ہوتا ہے تاکہ ذراعیہ کو مضبوط سہارا دے سکے۔ چنانچہ اب یہ ثابت ہو گیا ہو گا کہ اس چھوٹے سے جوڑ کی تلتی کندھے کے مفصل کی عدم حفاظت اور جارحہ کے بعض حرکات میں ضعف پیدا ہونے کا باعث ہو سکتی ہے۔ جب بازو اٹھا کر سر کی جانب لایا جاتا ہے تب بھی اس مفصل میں حرکت واقع ہوتی ہے اور جوں جوں کندھا اوپر کو اٹھتا جاتا ہے ترقوہ اور بغلی کنارہ کے درمیان کا زاویہ زیادہ حاد ہوتا جاتا ہے۔

## اکرومی ترقوی جوڑ کے خلوع - ترقوہ یا تو اوپر کی طرف ہٹ کر

اکرومی پر چلا جاتا ہے اور یا نیچے کی طرف ہٹ کر اسکے نیچے چلا جاتا ہے۔ پوسے لون (Polaiillon) نے مقدم الذکر خلع کے ۳۸ واقعات اور موخر الذکر کے صرف ۶ واقعات ہی جمع کئے ہیں۔ اس عدم تناسب کی زیادہ تر توضیح اس جوڑ کی مفصلی سطحوں کے رخ سے ہو جاتی ہے۔

## کتف (scapula) - اس ہڈی کی موخر یا ظہری سطح پر جو مفصلات اکٹھے شوکر کے

عین اوپر اور اسکے عین نیچے واقع ہوتے ہیں وہ عمیق ردا سے وابستہ ہوتے ہیں۔ چنانچہ فوق شوکی عضل (supraspinatus) ایک ردا میں بند ہوتا ہے جو اس عضل کے مبداء کے ارد گرد ہڈی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور اس سے ایک کہف طیار ہو جاتا ہے جو صرف اس عضل کے منتہی کی طرف ہی کھلتا ہے۔

لے ان مفصل کے میکانیہ کا بہت عمدہ بیان دیکھنے کے لئے دیکھو مورسز "انATOMY آف دی جوائنٹس"

(Morris's "Anatomy of the Joints")

تحت شوکی (infraspinatus) اور مدطج صغیر (teres minor) عضلات ہی ایک نمایاں کر بہت گہنی ردا سے گھریے ہوتے ہیں جو عضلات کی اُس طرف ہڈی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور آگے کی طرف غلاف دالیہ کے ساتھ مخلوط ہو جاتی ہے اور اس سے ایک دوسری بند فضا بن جاتی ہے۔ ان رداؤں کی ترتیب اُس قلیل المقدار کدم (ecchymosis) کے پیدا ہونے کی توضیح کرتی ہے جو عظم الکُتف کے کُور کے بعد ظاہر ہوتی ہے۔

## کتف کے حرکات۔ جسم کے پہلو سے بازو کو اوپر اٹھا کر سر کے اوپر انتصابی

وضع میں لانے میں ایک دوہری حرکت واقع ہوتی ہے۔ (۱) کتف اور دمر کے درمیان۔ (۲) ذراعیہ اور کتف کے درمیان کندھے کے جوڑ پر۔ پہلے جوڑ میں حرکت کی مقدار تقریباً ۹۰° ہوتی ہے اور دوسرے میں تقریباً ۱۰۰° درجہ ہوتی ہے۔ ایک جوڑ دوسرے جوڑ کا معاون ہوتا ہے۔ لہذا کندھے کے جوڑ کی جمادات میں بازو کی کسی قدر تبعید اور تقریب باقی رہ جاتی ہے اور تمام بالائی جارحہ دوار کتف کے ساتھ حرکت کرتا ہے۔ یہ نتیجہ حاصل کرنے کے لئے قبل اسکے کہ جمادات واقع ہو بازو کی پہلو سے تبعید کرنا ضروری ہوتا ہے۔ جب یہ جارحہ اوپر اٹھا دیا جاتا ہے تو کتف میں ایک آزاد دوار کی حرکت واقع ہو جاتی ہے اور اسکا فقری کنارہ تقریباً انتصابی وضع سے تقریباً افقی وضع میں آ جاتا ہے۔ اس حرکت کی ابتدا پر جب تک کہ بازو پہلو سے ۳۵° تک نہیں پہنچ جاتا کتف کا زاویہ تقریباً ساکن رہتا ہے۔ اس مرحلے میں کتف مثبت رہتا ہے اور عضلہ منحرف (trapezius) عضلات معین نما (rhomboids) اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) اسکو اسکی جگہ پر قائم رکھتے ہیں۔ اگر عضلہ منحرف (trapezius) میں شلل واقع ہو گیا ہو جیسا کہ گردن سے غدد دور کرنے میں عصب معین (accessory) (نخاعی معین: spinal accessory) کے اتقاقیہ کٹ جانے سے ہو جاتا ہے تو تحتانی زاویہ اور فقری کنارہ مرتفع بازو کے بوجھ سے پیچھے کی طرف کوٹھل جاتے ہیں اور کندھے کا اکرومی حسیچہ اور آگے کی طرف کوٹھل جاتا ہے۔ جب بازو ۳۵° درجے سے آگے ٹھل جاتا ہے تو عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کا فعل شروع ہو جاتا ہے اور کتف کا تحتانی زاویہ سرعت سے آگے کی طرف کوٹھل جاتا ہے اگر عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) مشلول ہو جائے (بیل: Bell) کا طویل صددی عصب جو پانچویں چھٹے ساتویں منحنی اعصاب سے

274

نکلتا ہے) یا اسکے متضاد عضلات — عضلات معین نما (rhomboids) — میں جو اس حالت میں فعل کرتے ہیں شلل واقع ہو جائے (وہ عصب جو پانچویں عصب سے آتا ہے) تو کتف کا زاویہ اور موخر کنارہ نمایاں یا ”مجتخ“ (winged) ہو جاتے ہیں — یہ علامت ان عضلات کے شلل کی ہے۔ چنانچہ حرکت کی ابتدا میں کتف کی جناحیت (winging) عضلہ منحرف (trapezius) کے شلل کو ظاہر کرتی ہے۔ اگر یہ حرکت کے اچھی طرح شروع ہو جانے کے بعد واقع ہو تو عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) ماؤف ہوتا ہے۔

### کتف کے کسور اور خاص کر اس ہڈی کے جسم کے کسور اس حصہ کی حرکت پر اثر

اور ان دبیر عضلات کے موجود ہونے کی وجہ سے جو اسکے زیادہ پتلے حصوں کو پوشیدہ رکھتے ہیں اور انکی حفاظت کرتے ہیں کثیر الوقوع نہیں۔ مزید برآں یہ نرم عضلی گدی پر ممکن ہوتا ہے اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ پسلیوں کی لچک سے بھی اسکی مزید حفاظت ہوتی ہے۔

عام ترین ضرر اکرومیو زائٹڈ (acromion process) کا کسر ہے۔ یہ اکثر صرف بربالہ کی علیحدگی کی شکل ہی میں واقع ہوتا ہے۔ اکرومی کے دو اور بعض اوقات تین بربالہ مرکز ہوتے ہیں اور ان میں تغلظ من بلوغ کے قریب نمودار ہوتا ہے اور بائیس سال سے لیکر پچیس سال تک کی عمر میں سارا بربالہ بقیہ ہڈی سے متحد ہو جاتا ہے۔ اکرومی کے مفروضہ کسر کے کئی ایسے واقعات جن میں اتحاد یعنی بافت سے عمل میں آ جاتا ہے غالباً ناقص طور پر متحدہ بربالہ کی مثالیں ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ چوٹ سے ان کا کوئی تعلق نہ ہو۔ سیمنگٹن (Symington) نے ۴۰ جسموں میں سے ۵ جسموں میں یہ مشاہدہ کیا کہ اکرومی بربالہ کتف کے شوک سے ایک یعنی واسطہ کے ذریعہ سے متحد تھا اور دیگر مشاہدین کے اعداد و شمار سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ پورے ۱۰ فیصدی بالغوں میں یہی حالت موجود ہوتی ہے۔ اس خطہ کے شعاعی ترسیلات کی ترجمانی کرنے میں یہ امر معتد بہ اہمیت رکھتا ہے۔ اس زائڈ کے کسور میں زیادہ غیر وضعیت بہت کم پائی جاتی ہے کیونکہ اس ہڈی کے اوپر ایک کثیف پوشش موجود ہوتی ہے جو اس سے پسیدہ عضلات سے حاصل ہوتی ہے۔ غرابی زائڈ (coracoid process) میں بعض اوقات حقیقی کسر پایا جاتا ہے اور بعض اوقات یہ ایک بربالہ کی طرح جدا ہو جاتا ہے۔ بربالہ کی حیثیت سے یہ اصلی ہڈی کے ساتھ تقریباً ۷۷ سال کی عمر میں متحد

ہوتا ہے۔ فوق و قبی درنہ (supraglenoid tubercle) جو ذوراسین (biceps) کے طویل سر کا مبدا ہوتا ہے غرابی بر بال کا ہی حصہ ہوتا ہے۔ باوجود اسکے کہ غرابی زائدہ ہی قوی عضلات چسپیدہ ہوتے ہیں، غیر وضعت بالعموم خفیف سی ہوتی ہے کیونکہ غرابی ترقوی رباطات شاذوناً ہی پھٹتے ہیں۔ یہ معلوم رہے کہ رباطات اس زائدہ کے قاعدہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ چند واقعات میں یہ زائدہ عضل فعل کی شدت سے ملحدہ ہو چکا ہے۔

275

جسم کتف کے جو کسور زیادہ عام ہیں انہیں سے ایک منقبہ (blade) کا مستعوض یا ترچھا کسر ہے جو شوک کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ چونکہ تحت شوکی (infraspinatus) زیر کتنی (subscapularis) اور دیگر عضلات دونوں ٹکڑوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں اسلئے عام طور پر صرف خفیف سی غیر وضعت ہی واقع ہوتی ہے۔ جراحی عنق (surgical neck) میں سے کسر واقع ہو سکتا ہے اور یہ اس ہڈی کا ایک تنگ حصہ ہے جو قبی حفرو کے پیچھے اور فوقی کتنی ٹکڑوں (کتفی شلہ: incisura scapularis) کی سیدہ میں واقع ہوتا ہے۔ لہذا چھوٹا ٹکڑا غرابی زائدہ پر مشتمل ہو گا اور بڑا اکرومی پر۔

## کتف کے سلعات - مختلف قسم کے سلعات کتف سے پیدا ہوتے ہیں اور

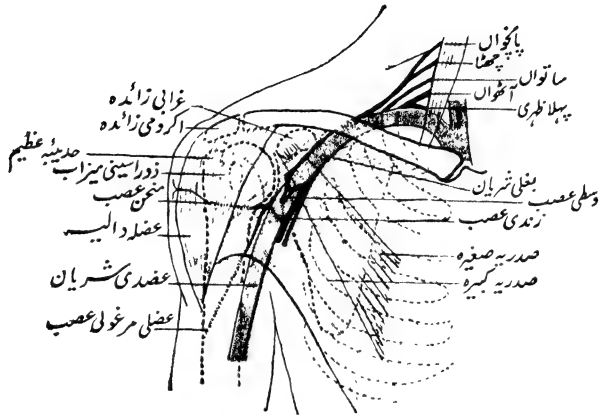
یہ زیادہ تر اس ہڈی کے اسفنجی حصوں یعنی شوک، عنق اور تحتانی زاویہ پر نمودار ہوتے ہیں۔ بعض اوقات صرف کتف کا اتیعال کر دینا ہی کافی ہوتا ہے مگر یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اس حالت میں وہ بڑا نصاب جس پر جارحہ اعلیٰ گردش کرتا ہے دور کر دیا جاتا ہے۔ لہذا ان حالتوں میں بین کتنی صدری (interscapulo-thoracic) بتر سر انجام دینے کا زیادہ رواج ہے، جو بعض اوقات ان غبیت سلعات کے لئے کیا جاتا ہے جو کندھے کے جوڑ کے قرب و جوار پر اثر انداز ہوں۔

## بغل (نیز دیکھو صفحہ 261) - جراحی نقطہ نگاہ سے بغل کو گردن اور جارجہ

کے درمیان کی گذر گاہ تصور کیا جاسکتا ہے (شکل ۶۳)۔ بغلی سلعات اور غراجات خشر ہو کر گردن میں جاسکتے ہیں اور اسی طرح عنقی بالیدیں اور قبی اجتماعات بھی بغل تک پہنچ سکتے ہیں۔ جلد کے جس حصہ سے بغل کا قاعدہ بنتا ہے اس پر بہت سے چھوٹے چھوٹے بالی



ہوتے ہیں اور اس میں کثیر التعداد دہنی اور عرقی غد پائے جاتے ہیں۔ اس جلد میں چھوٹے چھوٹے سطحی خراجات جو غدی بافتوں کے تفتیح سے پیدا ہوتے ہیں اکثر مشاہدہ کرنے میں آتے ہیں اور یہ جلد کے کپڑوں سے رگڑ کھانے سے رونا ہوتے ہیں۔ چونکہ بغل کی جلد میں رگڑ کے اثر سے خراشیدہ اور ملہب ہو جانے کا رجحان موجود ہوتا ہے اسلئے سیہابی زبان کے استعمال کرنیکی



شکل ۶۳۔ بغلی شریان اور عضلہ صغیرہ کا تعلق کندھے کے جوڑ اور بغل سے۔

غرض سے جیسا کہ آتشک میں کیا جاتا ہے اس مقام کا انتخاب اچھا نہیں۔ جلد اور اوپری ردا کے نیچے بغلی ردا (axillary fascia) ہوتی ہے اور اس منشا کے آگے بغلی فضا (axillary space) ہوتی ہے۔ جس انصالی بافت سے بغلی فضا پر ہوتی ہے وہ بہت ڈھیل ڈھالی ہوتی ہے۔ اگرچہ یہ ڈھیلا پن بازو کی آزاد حرکت کی مساعدت کرتا ہے مگر ساتھ ہی اسکی وجہ سے بڑے بڑے قیمتی اجتماعات اور خون کی بہت وسیع وعابدریاں بھی پیدا ہو جاتی ہیں۔

اس خط میں ردا کی ترتیب کا یا در کمنا ضروری ہے۔ تین تہوں سے زیادہ تر سائے پڑتا ہے۔ (۱) عمیق صدری ردا جس سے عضلہ صدریہ کبیرہ پوشیدہ اور محصور ہوتا ہے۔ (۲) ترقوی صدری ردا جو ترقوہ سے منقسم ہوتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ (subclavius) کو محصور کرتی ہے اور نسلی خرابی (costo-coracoid) فشتا کی شکل میں نیچے کی طرف چلی جاتی ہے اور زیر ترقوی عضلہ اور عضلہ صدریہ غیرہ کے درمیان کی فضا کو پُر کرتی ہے اور یہ بڑے بڑے عروق اور عصاب کے سامنے واقع ہوتی ہے۔ اسکے بعد یہ ردا تقسیم ہو کر عضلہ صدریہ غیرہ کو محصور کر لیتی ہے اور بغل کے مقدم شکن پر عمیق صدری سے مل جاتی ہے جس کے بغلی ردا بن جاتی ہے۔ یہ ساری غشا بعض اوقات "بغل کے تعلیقی رباط" (suspensory ligament of the axilla) کے نام سے موسوم کی جاتی ہے، کیونکہ یہ بغلی ردا کو ترقوہ کی طرف اوپر کھینچتی ہے اور بغل کے گڑھے کی پیدائش کا موجب زیادہ تر یہی ہے۔ (۳) بغلی ردا جو قبل الذکر دونوں رداؤں کے متحد ہو جانے سے بنتی ہے اور بغل کے قاعدہ پر اسکے مقدم شکن سے لیکر موخر شکن تک پھیلی ہوئی ہے۔ بغل کے بالوں کے نیچے یہ باریک ترین ہوتی ہے۔

## بغلی خطہ کے قرب وجوار کا خراج عضلہ صدریہ کبیرہ کے نیچے اور

دونوں صدری عضلات کے درمیان یا عضلہ صدریہ غیرہ اور ترقوی صدری ردا کے نیچے اور سائے بغلی فضا میں بن سکتا ہے۔ بغلی فضا میں ڈھیلی ڈھالی بافت کے موجود ہونے کی وجہ سے عظیم اہمیت کہنے خراج بن جاتا ہے۔ جب خراج سے بغل پُر ہو جاتی ہے تو یہ عضلہ صدریہ کبیرہ کو آگے کی طرف کو دھکیل دیتا ہے اور بغل کے جوف کو کم و بیش بھر دیتا ہے اور کتف کو پیچھے کی طرف ہٹا دیتا ہے اور عضلہ منشا ریکیہ (مقدم) اور زیر نسلی عضلہ کے درمیان زاویہ کو چوڑا کر دیتا ہے۔ لہذا جن خراجات کا مدارک نہ کیا گیا ہو انہیں اوپر کی طرف پھیل کر گردن میں چلے جانے کا بہت رجحان پایا جاتا ہے۔ کیونکہ یہی وہ سمت ہے جس میں مزاحمت اقل ہوتی ہے۔ تقبی اجتماع گردن سے منصف میں بھی جاسکتا ہے ایک واقعہ میں بغلی خراج نے جس کی ابتداء کندھے کے جوڑ کے مرض سے ہوئی تھی پہلی بین ضلعی فضا کو منتقب کر دیا تھا اور یہ جھلک ذات الجنب کا باعث ہوا تھا۔

بغلی خراج کھولتے اور حقیقت اس فضا میں تمام شکاف دیتے وقت چاقو بغل کے فرش کے مرکز پر یعنی مقدم اور موخر حاشیوں کے وسط میں اور اس فضا کی اندرونی یا صدری

طرف کے قریب داخل کرنا چاہئے بغیر سوچے سمجھے شنگاف دینے سے جن عروق کو نقصان پہنچنے کا امکان ہوتا ہے وہ زیر کتفی (subscapular) عروق ہیں جو زیر کتفی عضلہ کے زیرین کنارے کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں، اور جانبی (لوبل) صدری عروق ہیں جو چھوٹے صدری عضلہ کے زیرین کنارے کی متابعت کرتے ہیں، اور نیز وہ بڑے بڑے عروق ہیں جو ذراعیہ کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اگر چاقو مناسب طریقہ پر داخل کیا جائے تو اسے قبل الذکر دونوں عروق کے درمیان اور بڑے بڑے تنوں سے کافی دور ہونا چاہئے۔ ایک نثریان ہے جو بعض اوقات بغلی تنے کی سب سے نیچے کی شاخ کی شکل میں نکلتی ہے اور بغل کے وسطی حصہ کو عبور کرنے کے بعد طولی صدری نثریان کے نیچے صدر پر تقسیم ہو جاتی ہے۔ متذکرہ بالاشکاف سے یہ نثریان غالباً زخمی ہو جائے گی۔ گریہ نثریان بہت غیر مستقل اور چھوٹی سی ہوتی ہے اور سطح کے زیادہ نیچے نہیں ہوتی۔ یہ بالعموم عورتوں میں پائی جاتی ہے۔

**بغل کے لمفی غدو۔** بغلی غدو کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور یہ جراحی

نقطہ نگاہ سے بہت اہم ہیں (دیکھو شکل ۵۸ صفحہ 243)۔ انکو چار گروہوں میں ترتیب دیا جاسکتا ہے (۱) انہیں سے بیشتر بغلی ورید کے اندر کی طرف بغل کے بالوں کے گچھے کے نیچے واقع ہوتے ہیں۔ غدو کا یہ مرکزی گروہ جارحہ اعلیٰ اور پستان سے لمف وصول کرتا ہے (۲) اس (whitlow) یا بازو کے کسی معنوی التهاب سے بغل میں جو درد محسوس ہوتا ہے اسی گروہ کے التهاب سے پیدا ہوتا ہے جو کہ بین ضلعی ذرا میٹی (intercosto-humeral) عصب منتقل کرتا ہے۔ (۳) عمیق بغلی گروہ بغلی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ یہ مرکزی گروہ سے لمف وصول کرتا ہے اور زیرین عمیق غدد سے جو زیر تقویٰ مثلث میں واقع ہوتے ہیں مسلسل ہو جاتا ہے۔ (۴) دوسرے غدو عضلہ منشاریہ کیمبرہ (serratus magnus) کے اوپر بغل کی صدری طرف پر صدری عضلات کے نیچے ہیں کنارے کے ذرا نیچے واقع ہوتے ہیں۔ انہیں جھاتی کے سامنے کی طرف کے عروق لمف اور پستان کے بڑے بڑے عروق لمف اور حدِ ناف تک کے شکم کے سطحی عروق لمف اکٹھے کرتے ہیں۔ انکے برآر عروق زیادہ تر غدو کے مرکزی گروہ ہی میں جا کر داخل ہوتے ہیں۔ یہ غدو بعض عوارض پستان میں اور جھاتی اور شکم کے بالائی حصے پر آبلے پیدا ہونے یا دیگر سطحی التهاب وغیرہ کے واقع ہونے کے بعد سب سے پہلے کلانی یافتہ ہوتے ہیں۔ عورت کے پستان کا بغلی زائدہ

اس گروہ سے مس کرتا ہے۔ (۴) بقیہ غدو بغل کے پیچھے کی طرف زیر کتفی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ انکے ساتھ کمر کے کتفی اور قطنی خطوں کے عروق لف آکر ملتے ہیں۔

یہاں یہ معلوم کر لینا بھی مناسب ہو گا کہ عضلہ دلیہ (deltoid) اور عضلہ صدریہ کبیرہ (pectoralis major) کے درمیانی میزاب میں عام طور پر ایک یا دو لمبی غدو پائے جاتے ہیں انہیں انگشت اشاریہ اور بازو کی بیرونی طرف اور کندھے اور پستان کے کچھ حصہ کے عروق لف آکر ملتے ہیں۔ اگر انگشت اشاریہ کا کوئی سرائتی مارضہ التهاب عروق لف (lymphangitis) پیدا کر دے تو اسکی پہلی مزاحمت اکثر اس ایک غدو پر ہوتی ہے جو زیر ترقوی خط میں غرابی زائدہ کے پاس واقع ہوتا ہے۔ عضلہ دلیہ (deltoid) کے اوپر کے حصہ کے اوپری عروق لف عنقی غدو کو جاتے ہیں (ٹلو: Tallaux)۔ اور نیچے کے نصف پر کے بغل کو جاتے ہیں۔ فوق شوکی حفہ سے جو عروق لف آتے ہیں وہ فوق کتفی (مستعرض کتفی) شریان کے ساتھ ساتھ جا کر زیر ترین عنقی غدو سے مل جاتے ہیں۔ کمر کے سطحی عروق لف جو مستحق ہو کر بغل میں پہنچتے ہیں گردن سے عضلہ منخرم (trapezius) کے اوپر سے اور تمام ٹھری اور قطنی خطوں سے حرقنی عرف (iliac crest) تک سے آتے ہیں۔

بغل غدو کا مکمل زالہ ایک ایسا عملیہ ہے جو اکثر اوقات اور خاصکر سرطان پستان کے واقعات میں سرانجام دیا جاتا ہے۔ ان تک دونوں صدری عضلات دور کرنے سے آزادانہ رسائی حاصل کی جاتی ہے۔ پستان کے سرطان میں بالائی بغلی غدو اور خاصکر وہ غدو جو بغلی ورید کے ساتھ ضلعی غرابی (costo-coracoid) غشا کے پیچھے واقع ہوتے ہیں اسوقت تک مناسب طور پر دور نہیں کئے جاسکتے جب تک کہ عضلہ صدریہ مغیرہ اور عضلہ صدریہ کبیرہ بھی ساتھ ہی علیحدہ نہ کر دئے جائیں ان غدو کے محل وقوع سے سمجھ میں آ گیا ہو گا کہ جب یہ مرض زدہ ہو جاتے ہیں تو بغلی عروق سے اور خاصکر ورید سے انکے منضم ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

**بغلی عروق۔** بغلی ورید باسیلق (basilic) اور عضدی شریان کی دونوں

رفیق وریدوں کے متحد ہونے سے بنتی ہے۔ یہ اتحاد عام طور پر عضلہ صدریہ مغیرہ کے رین کن رہ پر واقع ہوتا ہے اور اسلئے یہ ورید شریان کی نسبت چھوٹی ہوتی ہے۔ بعض اوقات یہ ورید واحد کی شکل میں موجود نہیں ہوتی بلکہ ترقوہ کے عین نیچے جا کر ایک تنا بن جاتا ہے۔ جب یہ حالت موجود ہو تو

یہ شریان کے عملیہ جات کے لئے بہت غیر مساعد ہوتی ہے کیونکہ شریان کی دونوں طرف جو وریڈیں واقع ہوتی ہیں انکو آپس میں ملائے کے لئے بہت سی مستعرض شاخیں شریان کو مجبور کرتی ہیں چونکہ بغلی وریڈ مقابلہ قلب کے نزدیک واقع ہوتی ہے اسلئے جہاں تک اسکے اندر کے خون کا تعلق ہے یہ شہیتی حرکت سے باسانی متاثر ہو جاتی ہے۔ چنانچہ یہ ممکن ہے کہ اس عرق یا اسکے بڑے بڑے معاونوں کے کسی زخم میں سے ہوا اندر کھینچ جائے اور موت واقع ہو جائے۔ اصلی وریڈیں ہوا کے داخلہ کو غالباً اس امر سے مدد ملتی ہے کہ غرابی غشا (ترقوی صدری ردا کا بالائی حصہ) اس عرق سے منضم ہوتا ہے اور اسلئے اسکا رجحان وریڈ کے زخمی ہونے کی حالت میں اُس کو منفتح رکھنے کی طرف ہوتا ہے۔

شریان کی نسبت وریڈ زیادہ کثرت سے زخمی ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ زیادہ بڑی اور زیادہ اوپری ہوتی ہے اور نیز اس طرح واقع ہوتی ہے کہ شریانی تنے پر یہ کم و بیش متراکب ہوتی ہے بخلاف اسکے جو کہ ذریعہ سے جو ضرر عرق کو پہنچتا ہے جیسا کہ خلوع کی ترجیع میں ہوتا ہے اس سے وریڈ کی نسبت شریان کو زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے۔ بالائی جارحہ کی تمام وضعوں میں شریان بغلی فضا کے بیرونی زاویہ کی طرف ہی رہتی ہے۔ مگر وریڈ کا جو تعلق بغلی شریان کے پہلے حصہ یعنی اس حصہ سے ہوتا ہے جو عضلہ صدریغیرہ سے اوپر واقع ہوتا ہے اس میں جارحہ کی وضع سے تغیر واقع ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جب بازو پہلو پر لگتا ہے تو وریڈ شریان کی اندرونی وسطانی جانب پر فوراً آگے کی طرف کو ہوتی ہے۔ مگر جب جارحہ دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے تو وریڈ کھینچ کر شریان کے آٹنا آگے آ جاتی ہے کہ اسکو تقریباً پوشیدہ کر دیتی ہے۔

بغلی شریان کے پہلے حصہ پر بندش لگانے کے متعلق یہ معلوم کر لینا مناسب ہے کہ عضلہ صدری کبیرہ کے عضلی ریشہ جات کے دونوں ستویوں کے درمیان بعض اوقات ایک غلوی قفہ موجود ہوتا ہے (ہیٹھ: Heath)۔ اگر عضلہ صدریغیرہ کا مبدا دوسری پسلی سے ہو تو شریان کو کم و بیش مکمل طور پر پوشیدہ کر دیتا ہے اور اسکے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ عضدی ضغیرہ کی جو جگہ اس شریان سے نزدیک ترین ہوتی ہے اسے بھی غلطی سے بعض اوقات شریان تصور کر لیا جاتا ہے اور یہ اس بندش میں بھی جو شریان کے لئے مقصود ہوتی ہے آسانی سے آ جاتی ہے۔ اس عملیہ میں بغلی عروق تک قیفالی وریڈ (cephalic vein) کے تعاقب سے باسانی رہنمائی ہو جاتی ہے۔ جو نہی یہ شریان عضلہ صدری کبیرہ کی طرف کو جاتی ہے مقدم داخلی صدری (anterior)

(internal thoracic) عصب ورید اور شریان کے درمیان ظاہر ہو جاتا ہے اور گاہے گاہے یہ بھی بطور رہنما کے کام دے سکتا ہے۔

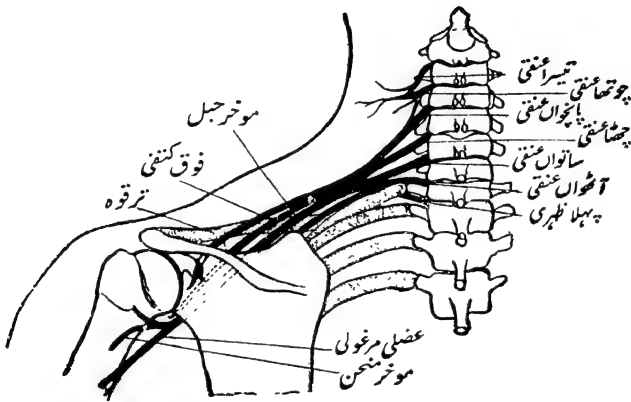
اس شریان کے تیسرے حصہ پر بندش لگاتے وقت یہ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اوقات ایک عضلی دہجی عروق کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہے۔ یہ عضلہ عریضہ ٹھریہ (latissimus dorsi) سے نکل کر عضلہ صدر کیہو غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) یا ذوراسین عضلہ سے ملجاتی ہے۔ اس دہجی سے دوران عملیہ میں کچھ اختلال پیدا ہو جاتا ہے اور یہ غلطی سے بعض اوقات غرابی عضدی عضلہ تصور کر لی جاتی ہے۔

### عضدی ضغیرہ (brachial plexus) جب کندھا منخفص ہو تو عضدی ضغیرہ

کے بالائی اور وسطی دونوں تنے جو پانچویں چھٹے اور ساتویں عقی اعصاب سے بنتے ہیں نعل میں ترقوہ کے نقطہ وسطی کے ذرا باہر کی طرف داخل ہونے کے لئے قسعی حلی عضلہ (sterno-mastoid) کے موخر کنارے کے نیچے سے گزرتے ہوئے گردن میں واضح طور پر محسوس کئے جاسکتے ہیں (شکل ۶۲)۔ یہ عصبی تنے پہلی پسلی کی اوپر کی سطح کی طرف جاتے ہیں جہاں یہ زیر ترقوی (subclavian) شریان کی اوپر کی اور ظہری طرف پر واقع ہوتے ہیں اور اس راستہ میں یہ ڈیسیل ڈھالی انصالی بافت سے گھرے ہوتے ہیں جو کندھے کے ارتقاع اور انخفاض کے ساتھ ساتھ ضغیرہ کو بھی آزاد حرکت کرنیکی اجازت دیتی ہے۔ فوق ترقوی خط کے اس حصہ پر جہاں شریان کے بنفانات کے اوپر کی اور نیچے کی طرف عصبی تنے محسوس کئے جاسکتے ہیں (خاص کر جبکہ مریض بیٹھا ہو اور اسکا کندھا منخفص ہو) ضغیرہ میں بازو کی عدم حیثیت پیدا کرنے کے لئے اشارات کئے جاتے ہیں۔

بالائی اتنا جو پانچویں اور چھٹے اعصاب سے بنتا ہے چوٹ کے لئے دوسروں کی نسبت کہیں زیادہ معرا ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ اسکا مبدا وسطی اور زیرین تنوں کے مقابلہ میں گردن میں زیادہ اونچا ہوتا ہے۔ لہذا اگر گردن زور سے بائیں طرف کو جھکائی جائے مگر دائیں کندھے پر بوجھ اٹھانے کی حالت میں ہوتا ہے تو دائیں جانب کے بالائی تنے پر وسطی اور زیرین اجبال کی نسبت زیادہ بار پڑتا ہے (شکل ۶۳)۔ بوقت پیدائش کتنی طریق (presentation) کی حالتوں میں یا جب کبھی کندھا اور گردن کسی حادثہ کی وجہ سے زور کے ساتھ ایک دوسرے سے الگ ہونے لگتا تو بالائی جبل پر بار پڑنے یا اسکے مشتق ہو جانے کا امکان ہوتا ہے جس سے ایک عارضہ پیدا ہو جاتا

جو عام طور پر شلل آرب (Erb's palsy) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے۔ یہ یاد ہو گا کہ فوق کتفی (suprascapular) منحن (circumflex) (بغل: axillary) اور عضل جلدی (musculo-cutaneous) اعصاب اس تنے سے نکلتے ہیں۔ نیز معین نما عضلات (rhomboids) اور عضلہ منشاریہ کبیرہ (serratus magnus) کے اعصاب بھی اسی سے



شکل ۶۴۔ عضد ضفیرہ کے بالائی اور وسطی تنے یہ ظاہر کرنے کے لئے پیچھے سے دکھائے گئے ہیں کہ کندھے کا انخفاض یا سر کی جانبی تبعید عصبی احوال کو کس طرح متنبہ کر سکتی ہے اور انکو نقصان پہنچا سکتی ہے۔  
(پوائے پیر: Poirier کے مطابق۔)

نکلتے ہیں۔ بہر کیف اشتقاق بالعموم ان موخر الذکر اعصاب کے مبدا کی بعیدی جانب پر واقع ہوتا ہے لہذا یہ عضلات بچ جاتے ہیں۔ شلل آرب (Erb's palsy) میں جو عضلات ماؤف ہوتے ہیں وہ فوق شوکی عضلہ (supraspinatus)، تحت شوکی عضلہ (infraspinatus) عضلہ صغیرہ (teres minor)، عضلہ دالیہ (deltoid)، غرابی عضلہ (coraco-brachialis) عضلہ ذوراسین (diceps)، عضلہ عضد یہ (brachialis) اور عضلہ عضد کبیرہ (brachio-radialis)

ہیں اور گاہے گاہے عضلہ بالٹھ (supinator) (قصیرہ: brevis) عضلہ باسطہ رسغیہ کبریہ بطولہ (extensor carpi radialis longior) اور عضلہ کاتبہ (کبریہ) مد لمحبہ (pronator teres) بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں حسی شلل دیکھنے میں نہیں آتا۔ یہ ایک عجیب امر ہے کہ پانچویں عصب کو کاٹنے سے عضلہ شلل کا جو رقبہ نمودار ہوتا ہے وہ اتنا ہی وسیع ہوتا ہے جتنا کہ پانچویں اور چھٹے متحدہ اعصاب کو کاٹنے سے حاصل ہوتا ہے (ولفرڈ ہیرس: Wilfred Harris)۔ عضلہ ضغیرہ کے مکمل طور پر منقطع ہو جانے کی حالتیں حس کہنی سے آگے پوری طرح غائب ہو جاتی ہیں۔ مگر بازو اور کندھے میں عمیق حاسیت برقرار رہتی ہے (شیرن: Sherren)۔ ایسے ضررات پیدا ہونے کی صورت میں نازل عنقی (descending cervical) اور بین ضلعی ذراعیتی (intercosto-humeral) اعصاب سے حاصل شدہ اعصاب بازو میں اپنے محل پر قائم رہتے ہیں۔

## بغلی اعصاب۔ زخم سے کسی ایک عصب کو بھی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ مگر

وسطی (median) کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے! (عضلہ مرغولی-museulo spiral) کو سب سے کم۔ موخر الذکر عصب کی تقابلی مامونیت کی توجیہ اسکے عمیق محل اور اسکے جارجہ کی اندرونی اور موخر جانب پر واقع اور اسکے عظیم البسامت ہونے سے ہوتی ہے۔ جارجہ پر ایسے جرح کا عمل ہونے سے جو کم و بیش مکمل قطع سے کمیت قدر کم ہو اعصاب شاذ و نادر ہی ٹوٹتے ہیں۔ اور اگر یہ زور سے کچ جائیں تو بغل میں ٹوٹنے کی نسبت انکے جل شو کی سے جہاں یہ اس سے چسپیدہ ہوتے ہیں ملحدہ ہو جانے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ چنانچہ فلو برٹ (Flaubert) نے ایک واقعہ درج کیا ہے جس میں اخیر کے چار عنقی اعصاب مخلوع کندھے کی ترجیع کے لئے شدید کوشش کرتے وقت جل سے ملحدہ ہو گئے تھے۔

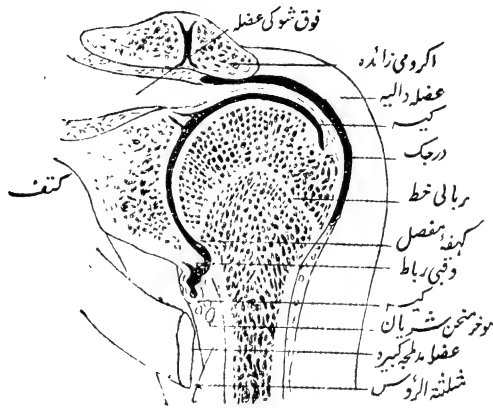
## خطہ والیہ۔ یہ خطہ جو کندھے کی چوٹی پر مشتمل ہے ہر طرف سے عضلہ والیہ

سے محدود ہوتا ہے۔ عضلہ والیہ (deltoid) عضلہ کے اوپر کے سرے اور کندھے کے جوڑ کو ڈھکے ہوتا ہے (شکل ۶۵)۔ لہذا اس جوڑ اور سطح کے درمیان صرف جلد، سطحی ردا، عضلہ والیہ جو اپنے خلاف میں ہوتا ہے اور کچھ ڈھیل ڈھالی بافت (زیر والیتی بافت: subdeltoid tissue)



بھی ہوتی ہے جس میں عظیم زیر دالیتی (subdeltoid) (زیراکرومی: subacromial) درجہ یک موجود ہوتی ہے۔ زیر دالیتی بافت بعض اوقات ایک واضح و بیز غشا کی صورت اختیار کر لیتی ہے اور اس جوڑے سے جو تقبھی اجتماعات آگے بڑھتے ہیں انکو محدود المقام رکھنے کے لئے یہ بعض اوقات ایک اہم اثر رکھتی ہے۔ عضلہ دالیہ کے اوپر کی شحمی بافت شحمی سلعات کے پیدا ہونے کے لئے

284



شکل ۶۵۔ کندھے کے جوڑے کی تراش جو کیسہ اور ربالی خط اور درجہ یک کے تعلقات کو ظاہر کرتی ہے۔ (پوائیر: Poirier کے مطابق)

ایک موافق مقام ہے۔

بغلی (axillary) (منحنی: circumflex) عصب اور موخر منحنی (posterior circumflex) شریان دونوں عضلات مدلیجہ (teres muscles) کے درمیانی وقفہ سے نکلتے ہیں اور یہ ذراعید کی پوری کے گرد ہڈی کے بالکل نزدیک سے اور جراحی عنق کے خط کے قریب سے افقی رخ میں گھوم جاتے ہیں (شکل ۶۳ صفحہ 276 اور شکل ۶۵ صفحہ 284)۔ یہ عصب اس ترتیب کی ایک مثال ہے جسکی طرف ہلٹن (Hilton) نے اشارہ کیا ہے اور وہ یہ ہے کہ جوڑے کا اصلی

عصب نہ صرف مفصلی سطوح کو ہی رسد پہنچاتا ہے بلکہ مفصل کے عضلات محرک میں سے بڑے عضلات کو اور نیز انکے اوپر کی جلد کو بھی رسد پہنچاتا ہے۔ یہ عصب کندھے کے جوڑ مفصل والیہ اور عضلہ مدطیضیہ (teres minor) کو اور کندھے کے نیچے دو تہائی حصہ اور عضلہ مثلثیہ الزو (triceps) کے بالائی حصہ کے اوپر کی جلد کو رسد پہنچاتا ہے۔ کندھے کے ضربات میں اس کو اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے اور بعض اوقات یہ اس حصہ کی کسی سادہ سی کوفٹگی سے بہت بری طرح سے کچلا جاتا ہے، جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلہ والیہ میں شلل واقع ہو جاتا ہے۔ مگر کندھے کی کوفٹگیوں کے بعد منحن (circumflex) کو جس کثرت سے کہ پہلے خیال کیا جاتا تھا اسکی نسبت بہت کم نقصان پہنچتا ہے۔ یہ عصب ذراعیہ کی جراحی عنق کے کسورا اور اس ہڈی کے خلوع (خاصکر خفنی خلیع) میں اور ان خلوع کی ترجیع کے لئے شدید کوششیں کرنے کے دوران میں پھٹ جاتا ہے (شکل ۶۳ اور ۶۴)۔

285

## کندھے کا جوڑ۔ جراحی کے ایک نقطہ نگاہ سے جوڑ مندرجہ ذیل قسموں میں

تقسیم کئے جاسکتے ہیں۔ (۱) وہ جوڑ جبکی طاقت کا انحصار زیادہ تر رباطات پر ہوتا ہے۔ (۲) وہ جوڑ جو میکائیت کے لحاظ سے پائدار ہوتے ہیں اور جبکی مضبوطی زیادہ تر انکی ان ہڈیوں کی ترتیب سے پیدا ہوتی ہے جن سے یہ بنتے ہیں۔ اور (۳) وہ جوڑ جبکہ سہارے کا دار و مدار زیادہ تر انکے عضلات پر ہے۔ پہلی قسم کی مثال کے طور پر قصبی نزقوی جوڑ پیش کیا جاسکتا ہے۔ اور دوسری قسم کی مثال کے طور پر کہنی کا جوڑ اور تیسری قسم کی مثال کے طور پر کندھے کا جوڑ پیش کیا جاسکتا ہے۔ ایسے مفصل میں خلع واقع ہونے کا امکان سب سے کم ہوتا ہے جبکی مضبوطی کا دار و مدار کڑے اور مضبوط رباطات پر ہو۔ مگر جس جوڑ میں خلع سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے وہ تیسری قسم سے ہوتا ہے۔ کیونکہ اسکی مضبوطی کا انحصار زیادہ تر عضلات پر ہوتا ہے جن پر اچانک بار پڑتا ہے اور جبکا بے ترتیب فعل خود جوڑ کی کمزوری کا باعث ہو سکتا ہے۔ خلع کی تیبیب بلا مشبہ صرف انہی امور پر ختم نہیں ہوتی۔ وقوع خلع کا بہت کچھ انحصار حرکت کی اس مقدار پر جو کسی مغرومہ جوڑ میں ہو سکتی ہے اور نیز برصیت کے اس درجہ پر ہوتا ہے جو اسکے حصوں پر اثر انداز ہو سکتا ہے۔

غرابی اور اکرومی زائڈوں اور انکے درمیانی رباطات سے جو محراب بنتی ہے وہ ذراعیہ کے سر کا لازمی سہارا ہے اور اس مفصل کا ایک اہم حصہ ہے۔ اس محراب کے ساتھ

ذراعیہ کا سر قریبی تعلق رکھتا ہے مگر اس سے حقیقی طور پر پس نہیں کرتا (شکل ۶۵) لیکن عضلہ دالیہ کے شل میں ذراعیہ کا سر بعض اوقات غرابی زائده سے کچھ فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ جب بازو پہلو کے ساتھ لٹکا ہوتا ہے تو اس ہڈی کے سر کا تقریباً دو تہائی حصہ وقبی کہند (glenoid cavity) سے نہیں کرتا۔ اور انگریز (Anger) اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ اس وضع میں ذراعیہ کے سر کے محیط کا تین چوتھائی حصہ اس انتصابی خط کے آگے واقع ہوتا ہے جو اکرومی زائده کے مقدم کنارہ سے کھینچا جائے۔ نیز اس وضع میں سر بنامہ غرابی زائده کے باہر کی طرف ہوتا ہے۔

286

وقبی کہند کا حاشیہ بیرونی جانب کی نسبت اندر کی طرف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اور حاشیہ کا مضبوط ترین اور حفرہ کا عرض ترین حصہ نیچے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ ایک معنی خیز امر ہے، کیونکہ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مفصل کے اس حصہ یعنی کیسہ کے پیرن اور اندر کی طرف کے حصہ کو جو مزاولت جراحی میں کمزور ترین ثابت ہوتا ہے مضبوط بنانے کی کوشش کی گئی ہے۔ اسی مقام پر ذراعیہ کا سر کندھے کے خلع میں جوڑے ملحدہ ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے اور جتنا بڑا ذراعیہ کا سر ہوتا ہے اس سے دو گنی جسامت کے عظمی سر کی ایسی گنجائش ہو سکتی ہے۔ کیسہ کا کوئی حصہ بھی دوسرے حصوں کے مقابل میں ہمیشہ دبیز نہیں پایا جاتا جیسا کہ کوٹھے کے جوڑ میں ہوتا ہے۔

کندھے کے جوڑ کے گرد نواح میں جو درجہ حلیں ہیں ان میں سے زیر اکرومی

(subacromial) درجہ میں مرض سب سے زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس تاجہ کا زلابی اتساع غلطی سے جوڑ کا مزمن التهاب تصور کر لیا جاتا ہے (شکل ۶۵)۔ تجربہ سے یہ ثابت ہوا ہے کہ اس درجہ کی دیواریں بازو کے مروڑے جانے کی حالت میں خاص کر جبکہ یہ خم کردہ یا بسط کردہ ہو واقعی پھٹ جاتی ہیں۔ جب یہ تاجہ متمدد ہو جاتا ہے تو تبعید سے درد کا احساس سب سے زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ اس وضع میں درجہ کی دیواروں میں طبعی طور پر شکن پڑ جاتے ہیں جن سے حدیہ عظیم کے سامنے ایک قسم کا کالرسا بن جاتا ہے۔ یہ تاجہ بعض اوقات جوڑ سے راہ و ربط رکھتا ہے۔

زیر کتفی درجہ اس جوڑ کی غشائے زلابی کی ایک توسیع ہی تصور کیا جاسکتی ہے جو

اس عضلہ کے انتہائی سرے اور کتف کے درمیان تک پہنچی ہوتی ہے۔  
 بازو کو کندھے کے جوڑ پر گردش دینے پر اگر درد ظاہر ہو تو یہ اس جوڑ کے بازیرا کروی  
 درجہ یا زیر کتفی درجہ کے درد سے پیدا ہوتا ہے کیونکہ اس حالت میں ان تینوں میں حرکت واقع  
 ہوتی ہے۔

**ذورا سین کا طویل وتر جوڑ کے بالائی حصہ کو مضبوط بناتا ہے، اور**  
 جارحہ کی مختلف وضعوں میں ذراعیہ کو وقتی کہف سے لائے رکھتا ہے، اور اس ہڈی کے سر کو  
 اوپر کی طرف اکرومی کے نیچے اسکے بہت قریب کھینچ آنے سے روکتا ہے۔ یہ وتر بعض اوقات  
 منقطع ہو جاتا ہے، اور اس حالت میں جارحہ کے عمومی ضعف کے اور ایک عجیب قسم کے مریض  
 جو اس عضلہ کے پٹیلے کے انقباض سے بنتا ہے پیدا ہو جانے کے علاوہ ذراعیہ کا سر عموماً اوپر  
 اور آگے کی طرف کو بہا تک کھینچ آتا ہے کہ غرابی اکرومی محراب اسکو مزاحم آتی ہے۔ چنانچہ  
 بعض اوقات ایک غلیظ سا کاذب خلع پیدا ہو جاتا ہے۔ جارحہ کے بعض شدید جھٹکوں میں جیسے  
 کہ کبھی کبھی کرکٹ کا گیند پھینکنے وقت آجاتے ہیں یہ وتر بعض اوقات رباط مستعرض کو جس سے یہ  
 مربوط ہوتا ہے پھاڑ دیتا ہے اور اپنے میزاب سے پھسل کر باہر کی یا اندر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے  
 اور عام طور پر یہ اندر کی طرف کو ہی ہٹتا ہے۔ بعض اوقات مزمن عظمی التہاب مفصل  
 (osteo-arthritis) کے واقعات میں وتر کا دروں کیسی حصہ ذراعیہ کی خراشیدہ مفصلی سطح سے  
 رگڑ کھانے کی وجہ سے غائب ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں یہ ذورا سین (bicipital) میزاب  
 سے چسپیدہ ہو جاتا ہے۔

**کندھے کے جوڑ کا مرض۔ اس مفصل میں جو اقسام کے امراض مفصل**

کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ جیسا کہ ابھی بیان کیا گیا ہے، اس جوڑ کا کیسہ بہت ڈھیلہ ڈھالا  
 ہوتا ہے اور مفصلی سطحیں صرف ارد گرد کے عضلات کی کشش کی وجہ ہی سے متقابل رہتی ہیں۔ کچھ فارم  
 دینے کے بعد یہ سطحیں باسائی ملحدہ کیبا سکتی ہیں اور انکا امتحان کیا جاسکتا ہے۔ بہر کیف مفصل  
 میں انصباب کی وجہ سے دونوں ہڈیوں میں معتد بہ ملحدگی واقع ہو جاتی ہے۔ براون (Braune)  
 نے فوق شو کی حفرة میں سے وقتی کہف کو منقبت کیا اور اس میں معتد بہ دباؤ کے ساتھ جربئی کا اثراب  
 کر دیا۔ جب جوڑ مکمل طور پر متہدد ہو گیا تو ذراعیہ کتف سے ۱۰ انچ سے زائد فاصلہ پر پاؤں گئی۔ اس امر سے

جارجہ کی اس طوالت کی توجہ یہ ہوتی ہے جو اکثر اوقات اس حصہ کے ایسے مفصلی مرض میں دیکھنے میں آتی ہے جس میں بہت سا انصباب موجود ہو۔ جب کیسہ کا تمدد انتہا کو پہنچ گیا تو ذرا عجب میں درسا بسط واقع ہو گیا اور یہ اندر کی طرف کو گھوم گئی۔ لہذا یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ کندھے کے جوڑ کے مرض میں بازو عام طور پر پہلو کے قریب پایا جاتا ہے اور کہنی کی سیقت ریچھے کی طرف کو ہٹتی ہوتی ہے (بسط کردگی) اور جارجہ اندر کی طرف کو گھوما ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ وضع اس جوڑ کے ارد گرد کے عضلات کے استوار انقباض سے بھی پیدا ہو جاتی ہو۔ جب اس قسم کے انقباضات

288

موجود ہوں تو ان سے یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ طاقتور عضلہ عریضہ ظہر (latissimus dorsi) کو اپنے مخالف عضلات پر فوقیت حاصل ہے اور یہ بازو کی اندر کی طرف کی گردش اور اس کے پیچھے کی طرف نکل جانے کا ذمہ دار ہو سکتا ہے۔ برعکس خط کا اندرونی حصہ کیسہ کے عین اندر ہوتا ہے اور اسکے بیرونی مقدم اور موخر حصے بالکل زیر گرد مٹھی ہوتے ہیں۔ لہذا ایسا ہو جاتا ہے کہ تقیمی التهاب بربالہ (suppurative epiphysitis) میں پیپ جوڑ کے اندر چلی جاتی ہے۔

زلابی غشا میں سے دو عطفات نکلے ہوتے ہیں۔ (۱) ایک وہ جو ذراسینی میزاب (بین درنی بتوفی) میں وتر کے ساتھ کچھ فاصلہ تک نیچے کی طرف جاتا ہے۔ (۲) ایک تو انبان ہے جو زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے نیچے زلابی کہنہ اور اس عضلہ کے نیچے کے درجہ کے درمیانی ربط سے بنتی ہے۔ جب یہ جوڑ انصباب سے پُر ہو جاتا ہے تو کیسہ یکساں طور پر تمدد ہو جاتا ہے اور کندھا یکساں طور پر گول ہو جاتا ہے اور عطفات کے مقامات پر خاص مرمیات بن جاتے ہیں۔ چنانچہ التهاب زلابی (synovitis) کے ابتدائی درجہ میں عضلہ صمدریہ کبیرہ (pectoralis major) اور عضلہ دالیہ (deltoid) کے درمیانی میزاب میں اکثر ایک ورم نمودار ہو جاتا ہے اور یہ ورم بعض اوقات ذوراسین کے مضبوط وتر سے منقسم ہونے کی وجہ سے دو ٹکٹی معلوم ہوتا ہے۔ زیر کتفی (subscapular) عضلہ سے پرے بغل میں کیسہ کے غیر پوشیدہ حصہ کا امتحان کرنے سے توجہ بہترین طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جب یہ جوڑ متعجب ہو جاتا ہے تو پیپ مذکورہ بالا تہ انبانوں میں سے کسی ایک میں چلی جاتی ہے اور یہ اکثر اس تہ انبان میں جاتی ہے جو ذوراسین کے وتر کے ساتھ جاتی ہے۔ چنانچہ اس طرح پیپ ذوراسینی میزاب کے ساتھ ساتھ کچھ فاصلہ تک چلی جاتی ہے! ورنہ کندھے کے تدرن زدہ ہونے کی حالت میں جوف کا فتح اکثر بازو کے بالائی حصہ کی اندرونی جانب کے نصف پر پایا جاتا ہے۔ ایک مندرجہ واقعہ میں پیپ

جو کندھے کے جوڑ سے نکلی تھمی عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری: radial) عصب کے نمکے ساتھ جا کر کہنی کے باہر کی جانب باہر نکلی تھمی۔

## خلوع - اس جوڑ کے خلوع جسم کے کسی دوسرے جوڑ کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع

ہیں۔ اس امر کی توجیہ وقبی حفرو کے اتھلے پن ذراعیہ کے سر کے عظیم الجسامت اور گلوب نما ہونے، بازو کی وسیع حرکتوں اور اس سے حاصل شدہ طویل بیرمیت سئے اور اس مفصل کی قوت کے زیادہ تر عضلات پر منحصر ہونے سے ہوتی ہے۔ جارح اعلیٰ اور کندھے پر چوٹ لگنے کا امکان خاص طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

عضلہ کا جو خلوع کندھے کے جوڑ پر واقع ہوتا ہے اسکے مندرجہ ذیل اقسام ہیں :-  
۱۔ زیر وقبی (subglenoid) - نیچے کی اور کسیتدر آگے کی طرف کو۔ نادر الوقوع تمام اقسام میں ابتدائی خلوع یہی ہوتا ہے مگر ذراعیہ کا سر پھسل کر بالعموم زیر غرابی وضع میں پھلا جاتا ہے۔

۲۔ زیر غرابی (subcoracoid) - آگے کی اور ذرا نیچے کی طرف۔ عام قسم۔

۳۔ زیر تر قوی (subclavicular) - زیر غرابی خلوع کی بہت ترقی یافتہ حالت ہے۔

۴۔ زیر شوقی (subspinous) - نادر الوقوع۔

گاہے گاہے خلوع انتصابی (luxatio erecta) بھی جو زیر وقبی قسم کی ایک نوع

ہے دیکھنے میں آتا ہے۔ اس میں بازو انتصابی حالت میں بغیر حرکت پذیری کے مثبت ہوتا ہے۔

تمام کل خلوع میں ذراعیہ کا سر مفصلی کھفہ کو چھو کر کیسہ کے انشقاق میں سے نکل جاتا ہے

جو خلوع کا زب، کہلاتے ہیں ان میں کیسہ فشق نہیں ہوتا۔ مثال کے طور پر اگر نقش میں عضلہ دالیہ

(deltoid) کو کاٹ دیا جائے تو ذراعیہ کا سر کیسہ کے فشق ہونے کے بغیر ہی غرابی زائده کے نیچے

لایا جاسکتا ہے۔ زندگی میں بھی اس عضلہ کے شلل کی حالتوں میں یہی حالت پیدا ہو سکتی ہے۔

اس جوڑ کے خلوع کی تمام حالتوں میں ابتدائی غیر وضعیت ہمیشہ نیچے کی طرف کو

ہوتی ہے اور عضلہ کا سر بغل کے اندر زیر وقبی وضع میں آجاتا ہے۔ کندھے کے خلوع بالعموم جارح

اسکی تجدیدی حالت میں چوٹ آنے سے پیدا ہوتے ہیں اور یا یہ ایسی شدید بلا واسطہ چوٹ سے واقع

ہوتے ہیں جو ذراعیہ کو نیچے کی طرف کو دھکیل دے۔ اسلئے جب جارح حالت تبعید میں ہوتا ہے تو

ذراعیہ کا سروقبی حفرہ کے نیچے نکلا ہوتا ہے اور کیسہ کے تحتانی اور نہایت غیر محفوظ حصہ پر تنگن ہوتا ہے اور اس پر دباؤ ڈالتا ہے۔ چونکہ کیسہ کے اس حصہ کے ریشے اس وضع میں زور سے تنے ہوئے ہیں اسلئے اس رباط کو منقطع کرنے اور اس ہڈی کو بغل میں دھکیل دینے کے لئے غیر معمولی طاقت کے بروئے کار آنے کی ضرورت نہیں ہوتی۔

چنانچہ ایسا ہوتا ہے کہ اس جوڑ کے خلوع میں کیسہ کا انشعاق اسکی تحتانی اور اندرنی جانب پر واقع ہوتا ہے اور ذراعیہ کا سرزیرکتی عضلہ (subscapularis) کے نیچے آجاتا ہے جس پر ہمیشہ بار پڑ جاتا ہے اور بعض اوقات اس میں دریدگی بھی واقع ہو جاتی ہے۔ ذراعیہ کا سر جب اس طرح نیچے کی طرف کو دب کر بغل میں پہنچ جاتا ہے تو بعض وجوہ کی بنا پر بعض اوقات وہیں قائم بھی رہتا ہے (زیروقبی قسم: subglenoid form)۔ اور اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ماقور عضلہ صدر کی کبیروہ دوسرے عضلات کے ساتھ جھکے فصل میں اب کم مزاحمت درپیش ہوتی ہے اور جارحہ کا وزن جس کے لئے اب سہارا نہیں ہوتا ہڈی کے سرے کو آگے کی اور اندر کی طرف کو کھینچتے ہیں۔ (زیرغرابی قسم: subcoracoid form) اور اخیر میں اگر ضرب کا رخ نمایاں طور پر سامنے کی طرف سے ہو تو اس ہڈی کا سر پیچھے کی طرف کو آگے کی اور اوپری زائدوں کے نیچے گھس جاتا ہے (زیرشوکی قسم: subspinous form)۔ زیرغرابی قسم کی انتہائی کثرت وقوع کی وجہ ان امور سے ہوتی ہے کہ جو عضلات ہڈی کو آگے کی طرف کو کھینچتے ہیں انکو ہڈی کو پیچھے کی طرف کو کھینچنے والے عضلات کی نسبت اپنے فعل کی سرانجام دہی میں زیادہ سہولت حاصل ہوتی ہے اور نیز سر کو آگے کی طرف کو جانے میں ان شدید رکاوٹوں کے مقابلہ میں جو اسکو پیچھے کی طرف سرک کر کٹفتی شوک کے نیچے آجانے میں درپیش ہوتی ہیں بہت خفیف سی مزاحمت پیش آتی ہے۔

**کندھے کے جملہ خلوع کے مشترک خصائص۔** چونکہ عضلہ دالید

(deltoid) کی گولائی کا انحصار زیادہ تر اسکے نیچے ذراعیہ کے سر کے موجود ہونے پر ہوتا ہے اور نیز ان تمام خلوع میں (شاذ زیر شوکی قسم کے خلوع کی زیادہ خفیف حالتوں کے سوا) سرکا عضلہ دالید سے بالکل کوئی تعلق نہیں رہتا اسلئے یہ عضلہ ہمیشہ کم و بیش چپٹا ہو جاتا ہے۔ یہ چپٹا پن عضلہ کی تنیدگی سے جو کسی حد تک ہمیشہ موجود ہوتی ہے اور بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ عضلہ دالید کی تنیدگی کے ساتھ بازو کی تبعید بھی پائی جاتی ہے اور یہ علامت جملہ خلوع میں ایک کافی حد تک مستقل ہوتی ہے۔ چونکہ

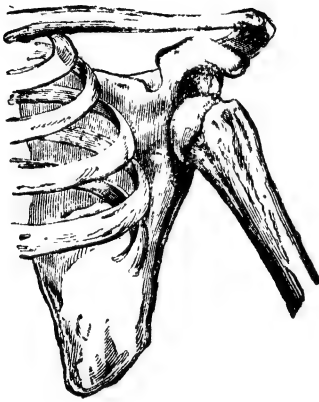
عضل ذوراسین بھی کم و بیش نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اسلئے کہنی خمیدہ پائی جاتی ہے اور پیش بازو منبسط ہوتا ہے۔ خلع کی ہر ایک قسم میں بغل کے انتصابی محیط میں کچھ نہ کچھ اضافہ ہو جاتا ہے، کیونکہ سر کے لئے یہ ضروری ہے کہ وقبی حفرہ کو چھوٹنے کے بعد اسکے محیط کے کسی مشمولہ حصے پر آکر ٹھہر جائے۔ مزید برآں ڈوگاس (Dugas) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ اگر ”مریض یا جراح مضرت رسیدہ جراحہ کی انگلیوں کو صبح و سالم کندھے پر رکھ سکے درآسا لیکہ کہنی صدر سے مس کرتی ہو (یہ وہ حالت ہے جو اس جوڑ کی طبعی حالت میں حاصل ہوتی ہے) تو خلع موجود نہیں ہوتا“ اور اگر ایسا نہ کیا جاسکے تو خلع ضرور موجود ہوتا ہے، کیونکہ یہ حالت جو طبعی طور پر غیر ممکن العمل ہے سوائے خلع کے اور کسی نضر سے پیدا نہیں ہو سکتی اور اسکی وجہ یہ ہے کہ صدر کے مدور ہونے کے باعث ذراع عید کے دونوں سروں کا بیک وقت اس سے مس کرنا نامکن ہے اور کندھے کے خلع میں ہڈی کا بالائی مراد صر سے تقریباً ملا ہوتا ہے۔ اخیر میں بڑے بڑے عروق اور اعصاب کے محل پر غور کرنے سے (شکل ۶۳) یہ ظاہر ہو جائے گا کہ زیرغرابی اور زیروقبی خلوع میں ہڈی کا سران مانتوں کو دبانے سے ضرر پہنچا سکتا ہے۔ چنانچہ جراح میں بھیج اور شدید درد پیدا ہو سکتا ہے اور اس کی عضلی طاقت میں ضعت نمودار ہو سکتا ہے۔ ثریان اپنی لچک کی وجہ سے بالعموم بچ جاتی ہے۔ لیکن بیرارڈ (Bérard) نے مقدم غیر وضعت کے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں بغلی ثریان ذراع عید کے سرے سے اسبق قدر مضبوط ہو گئی تھی کہ اس سے جراح میں لنگرین نمودار ہو گئی تھی۔ چونکہ عصب منحن (circumflex nerve) ذراع عید کے سرے سے قریبی تعلق رکھتا ہے اسلئے اس کو خاص کر خلع کی زیروقبی (subglenoid) اور زیرشوک (subspinous) قسموں میں ضرر پہنچنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔

## کندھے کے خلع کی ہر ایک قسم کی خصوصی تشریح - ۱۔ زیرغرابی

(subcoracoid)۔ ذراع عید کا مفصل سرکٹف کی گردن کی مقدم سطح پر واقع ہوتا ہے اور جراحی عنق وقبی حفرہ کے مقدم لب پر تنگن ہوتی ہے۔ چنانچہ ذراع عید کا سرغرابی زائدہ کے مین نیچے اور اپنے طبعی محل کے آگے کی اور اندر کی طرف اور اس سے ذرا نیچے واقع ہوتا ہے۔ حدیبہ عظیم عالی وقبی کہفہ کے بالمقابل ہوتا ہے (شکل ۶۶)۔ زیرکتفی عضلہ (subscapularis) ذراع عید کے سرے کے اوپر تنیدہ ہو جاتا ہے اور بالعموم کم سیقت دریدہ بھی ہو جاتا ہے۔ فوقشوک عضلہ (supraspinatus)



زیر نشو کی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مد لمیہ صغیرہ (teres minor) یا تو کھینچ جاتے ہیں اور یا پھٹ جاتے ہیں یا بعض اوقات حدیبیہ عظیم ٹوٹ کر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ غرابی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) کا چھوٹا سر تن جاتے ہیں اور ذراعیہ کے سر کے اندر کی طرف واقع ہونے کی بجائے عین اسکے سامنے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا طویل وتر نیچے کی اور باہر کی طرف کو منصرف ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ پھٹ کر میزاب سے علیحدہ ہو جاتا ہے مگر ایسا شاذ و نادر ہی ہوتا ہے۔



شکل ۶۶۔ ذراعیہ کا زیر غرابی خلع۔

عضلہ دالمیہ (deltoid) میں تنیدگی پائی جاتی ہے۔ بغل کے سامنے ذراعیہ کے سر سے جو ابھار بنتا ہے اسکا انحصار کسی قدر گردش کی مقدار پر ہوتا ہے اگر ہڈی باہر کی طرف کو گردش کر جائے تو مر میس نمایاں ترین ہوتا ہے۔ لیکن اگر یہ اندر کی طرف کو کھینچ جائے تو اسکا سر بغل میں نیچے اتر جاتا ہے اور جلد کی بجائے کتف سے زیادہ مس کرتا ہے چونکہ ہڈی کا سر ہمیشہ ذراعیہ کی طرف کو چلا جاتا ہے لہذا جارحہ کے طول میں مقبلی اضافہ کا پایا جانا ہر حال میں ضروری ہے۔ لیکن اگر ہڈی کا سر کافی فاصلہ تک آگے کی اور اندر کی طرف کو چلا گیا ہو اور جارحہ حالت تبعید میں ہو تو یہ ممکن ہے کہ معمولی طریقہ پر

پیمائش کرنے سے جارحہ میں اضافہ پائے جانے کی بجائے پیمائش طبعی ہو۔ یا ظاہری قصر موجود ہو۔ جب سر و قبی کہفہ کو چھوڑ دے تو حالت تبعید میں خارجی (جانبی) قنڈال کا رجحان اکرومی کے نزدیک آنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور یہ وہ دونوں نقاط ہیں جنکے درمیان عام طور پر پیمائش کی جاتی ہے۔ لہذا بازو کے ظاہری طول کا انحصار زیادہ تر ذراعیہ کی تبعید کی مقدار یا ہڈی کے محور کے ترچھے پن پر ہوتا ہے۔

۲۔ زیر و قبی (subglenoid)۔ سر اپنے لمبی محل کے نیچے اور اسکے ذرا سامنے اور اندر کی طرف ہوتا ہے۔ یہ سیدھا نیچے کی طرف نہیں جاسکتا کیونکہ مثلثہ الرؤس (triceps) کا طویل نیچے موجود ہوتا ہے۔ بلکہ یہ اس عضلہ اور زیر کتفی عضلہ (subscapularis) کے درمیان وقفہ میں

چلا جاتا ہے۔ ذراعیہ کے سر کی مفصلی سطح اُس مثلث رقبہ کی مقدم جانب پر ممکن ہوتی ہے جو وقبی حفرہ کے عین نیچے ہوتا ہے اور جس سے مثلثۃ الرؤس (triceps) نکلتا ہے۔ حدیبہ عظیم کا بالائی کنارہ جوڑنے زیرین حاشیہ سے قریبی تعلق رکھتا ہے۔ زیر کتفی عضلہ (subscapularis) جو ذراعیہ کے سر کو مثبت رکھتا ہے بہت تنیدہ ہو جاتا ہے یا پھٹ بھی جاتا ہے۔ فوق شوکی (supraspinatus) اور زیر شوکی (infraspinatus) عضلات تنیدہ ہو جاتے ہیں یا پھٹ بھی جاتے ہیں۔ اور دونوں

عضلات مدطیہ (teres muscles) زیادہ متاثر نہیں ہوتے تا وقتیکہ بازو کی معتدبہ تبعید موجود نہ ہو غرابی عضدی عضلہ (coraco-brachialis) اور ذوراسین (biceps) تنیدہ ہوتے ہیں اور کیقدرد تبعید کی وجہ سے جو بالعموم موجود ہوتی ہے، ذوراسین کا وتر خط مستقیم سے بہت کم منصرف ہوتا ہے۔



۳۔ زیر شوکی (subspinus) یا سر باعموم کتف کی گردن کی موخر سطح پر ممکن ہوتا ہے، اور ذراعیہ کی جراحی عنق کا میزب و قبی حفرہ کے موخر لب کا قناظر ہوتا ہے۔ چنانچہ سر اکرومی (acromion) کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات یہ اور پیچھے بھی ہٹ جاتا ہے اور

شکل ۶۔ ذراعیہ کا زیر شوکی صلع۔

یہ ظہر کتف (dorsum scapulae) پر اوپر اور کتفی شوک کے نیچے بھی واقع ہو سکتا ہے (شکل ۶۷)۔ زیر کتفی عضلہ کا وتر کچھ کر وقبی حفرہ کے اوپر ایک طرف سے دوسری طرف تک تنجا تا ہے اور اکثر اپنی چمپیدگی سے علحدہ ہو جاتا ہے۔ ذراعیہ کا سر عضلہ دالیہ (deltoid) کے عقبی حصہ اور تحت شوکی عضلہ (infraspinatus) اور عضلہ مدطیہ صغیرہ (teres-minor) کو پیچھے کی طرف دھکیل دیتا ہے۔ موخر الذکر عضلات اس ہڈی کو ڈھکے ہوتے ہیں اور انکے اوپر تنے ہوتے ہیں۔ صدر یہ کیہو نامناسب طور پر تنیدہ ہوتا ہے اور اسکی تنیدگی سے ذراعیہ کی اندرونی گردش اور مقدم تبعید کی جو عام طور پر دیکھنے میں آتی ہیں کسی حد تک تو میہ ہو جاتی ہے۔ یہ دونوں حرکتیں کم و بیش عذیم انصاف دہوتی ہیں اور

عصب منحن (cicumflex) اکثر پیٹ جاتا ہے۔

طریقہ کاخر (Kocher's method) کی تفصیل جس سے اس معلق کی ترجیح کیجاتی ہے مذکورہ بالا تشریحی بحث سے معلوم ہو سکتی ہے۔ عام زیرغابی معلق کو مد نظر رکھتے ہوئے طریقہ کاخر (Kocher's method) کا طرز عمل تین مراحل پر تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ (۱) ذراعیہ کو باہر کی طرف بہت آہستہ آہستہ گمایا جاتا ہے اور اس حالت میں پیش بازو کو بازو پر خمیدہ رکھا جاتا ہے اور کہنی کو پکڑ کر دھڑکے نزویک اور اسکے ذرا آگے کی طرف کورکھا جاتا ہے۔ اس دست وری کے ذریعہ سے اس ہڈی کے سر کو پھسلا کر اسی راستہ پر سے واپس لانے اور اسکو عضلات سے (اور بالخصوص زیرکتنی عضلہ سے) جنیں یہ پھنس جاتا ہے نکالنے کی کوشش کیجاتی ہے۔ (۲) کہنی کو مین سامنے کی طرف حرکت دیجاتی ہے اور یہ بھی بہت آہستہ عمل میں لائی جاتی ہے۔ اس سے کیسے کے اشتقاق میں کشادہ لبی پیدا کر دیجاتی ہے اور ذراعیہ کا سر کیسے کے فتو کے قریب کر دیا جاتا ہے اور (۳) ہاتھ کو طرف مقابل کے کندھے پر دفعتاً لے جانے اور کٹائی کو چھاتی پر لے آنے سے ذراعیہ کو جلد می سے اندر کی طرف کو ۱۸۰ درجہ کے برابر گھمایا جاتا ہے۔ اس سے سر کیسے کی دریدگی میں سے جو ابھی تک منفعی ہی ہوتی ہے پھنسیں کر اندر چلا جاتا ہے۔

خلوع کی اور بالخصوص ان خلوع کی جو بہت مدت سے موجود ہوں ترجیح کرتے وقت بغلی ساختوں کو بعض اوقات شدید نقصان پہنچ جاتا ہے۔ بغلی شریان کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے اور ورید کو بہت کم اور عصب کو اس سے بھی کم۔ چونکہ شریان باہر کی طرف واقع ہوتی ہے، اسلئے اس کے ان نرم بافتوں سے جو اپنی جگہ سے ہٹی ہوئی ہڈی کے سر کو پوشیدہ کرتی ہیں منظم ہوجانے اور اسلئے ان حصوں میں مداخلت کرتے وقت اس کے منشق ہوجانے کا امکان ہوتا ہے (شکل ۲۳ صفحہ ۲۷۶)۔

ذراعیہ کے بالائی سرے کے کسور۔ تشریحی عنق (anatomical neck)

(neck) کیسے کا بالائی حصہ مین تشریحی عنق سے چسپیدہ ہوتا ہے اور اس محل کا سر بعض اوقات اس رباط کی دوسری طرف چلا جاتا ہے اور جزوی طور پر بروں کیسی ہوتا ہے (شکل ۲۵ صفحہ ۲۸۴)۔ کیسے کے زیرین حصہ تشریحی عنق کے ذرا نیچے چسپیدہ ہوتا ہے اور اسلئے یہ ضروری ہے کہ اگر ضرر اس محل پر واقع ہو تو وہ ضرور دروں کیسی ہوگا۔ جس خط پر کیسے کے زیرین حصہ ذراعیہ سے چسپیدہ ہوتا ہے

اس سے ریشہ جات معکوس ہو کر اوپر کی طرف مفصلی غضروف کے جو اس ہڈی کے سر پر ہوتی ہے حاشیہ کی طرف چلے جاتے ہیں۔ اگر ان ریشہ جات میں انشقاق نہ واقع ہوا ہو تو ان سے ٹکڑوں میں تعلق قائم رہتا ہے۔

اوپر کا ٹکڑا جو چھوٹا سا اور نسبتاً کثیف ہوتا ہے اسنجی ہڈی کے اس وسیع رقبہ میں جو نیچے ٹکڑے کے اوپر کی سطح پر ظاہر ہو جاتا ہے باسانی منغز ہو جاتا ہے۔ اس انغراز کے واقع ہونے پر عضلہ دالیہ میں کسب قدر چپٹاپن واقع ہو جاتا ہے کیونکہ اس سے سر کے البعاد کم ہو جاتے ہیں اور اسلئے یہ عضلہ دالیہ میں ابھار پیدا نہیں کر سکتا۔ مگر مطلب میں یہ دیکھنے میں آیا ہے کہ اسکی تعویض درونی مفصلی انسداد سے ہو جاتی ہے اور اسی کی وجہ سے یہ نظر نہیں آتا۔ اگر انغراز واقع نہ ہو تو اوپر کا چھوٹا سا ٹکڑا اکثر اپنے اوپر گھوم جاتا ہے اور اپنی جگہ سے ہٹ کر بعض اوقات نعل میں چلا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں اسکا قابو میں لانا مشکل ہوتا ہے۔ لہذا اس کسر میں انغراز ایک مفید چیز ہے۔ اسی لئے تکتک حاصل کرنے کے لئے جس سے انغراز کے زائل ہو جانے کا امکان ہوتا ہے کوئی کوشش نہ کرنا چاہیئے بلکہ تشخیص کی توضیح کو لاشعاعوں کے امتحان پر چھوڑ دینا چاہئے۔

۲۔ اوپر کے برالہ کی علیحدگی۔ اس برالہ کا زیرین کنارہ اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو حدیبہ عظیم کے قاعدہ پر ہڈی کو کاٹتا ہوا اور تشریحی اور جراحی عنقوں کے درمیان واقع ہو (دیکھو شکل ۲۵ صفحہ ۲۸۴)۔ آرمی کی مستعرض کاٹ جو اس ہڈی کے سب سے چوڑے حصہ میں سے گزری ہو اسکے محل کو کافی حد تک ظاہر کرتی ہے۔ اس برالہ کے نینوں ترکیبی نوات (سراور حدیبہ جات عظیم و صغیر) پانچویں سال کے قریب متحد ہوتے ہیں اور یہ تمام تودہ پوری سے بیسیوں سال کے قریب قریب ملتا ہے۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو حدیبہ عظیم سے چسپیدہ ہوتے ہیں باہر کی طرف کو محل جاتا ہے اور باہر کی طرف کو ہی گھوم جاتا ہے اور نیچے کا ٹکڑا ان عضلات کے ذریعہ سے جو ذوراسینی میزاب میں چسپیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف اور آگے کی طرف کو کچل جاتا ہے۔ چنانچہ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے صاف سرے کا کچھ حصہ غرابی زائیدہ کے نیچے عام طود پر ایک نمایاں مرمیہ کی شکل میں ظاہر ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت میں جارج کا محور متغیر ہو جائیگا اور کہنی پہلو سے ذرا دور رہیگا علاوہ ازیں تمام غیر وضعیت اکثر مقدم و مخدوم میں بھی ہوتی ہے اور نیچے کا ٹکڑا آگے کی طرف کو نکلا ہوتا ہے۔ چوٹ کے مقام پر ہڈی کی دونوں سطحیں ایک دوسری سے اتنی دور ہوتی ہیں کہ انکا ترکب مشکل ہی سے ممکن ہوتا ہے۔

۳۔ جراحی عنق۔ جراحی عنق حدیبہ جات کے قاعدوں اور عضلہ عریضہ نظریہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدلیجہ کبیرہ (teres major) کے منہاؤں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہاں جو کسر واقع ہوتا ہے وہ بالعموم مستعرض ہوتا ہے، اگرچہ ہڈی کی ایک گتھج اکثر پوری پر سے اوپر کو بھی اٹھی ہوتی ہے۔ کسر کا خط ان عضلات کے منہاؤں سے نیچے ہوتا ہے جو حدیبوں سے چپکے ہوتے ہیں اور بالعموم یہ ان سے اوپر ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ عضلہ صدر کبیرہ، عضلہ عریضہ نظریہ، اور عضلہ مدلیجہ کبیرہ کے منہاؤں پر سے گزرتا ہے جو ذوراسینی میزابت واقع ہوتے ہیں۔ ٹکڑوں میں جو عام غیر وضعیت پائی جاتی ہے مندرجہ ذیل ہے: ۱۔ اوپر کا ٹکڑا بالعموم باہر کی طرف کو ٹکل جاتا ہے اور فوق شوکی اور تحت شوکی عضلات اور عضلہ مدلیجہ صغیرہ اسکو باہر کی طرف کو گھما دیتے ہیں، لیکن بعض اوقات اس میں زیادہ غیر وضعیت نہیں پائی جاتی نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے کو عضلہ دالیہ، ذوراسین، غرابی عضلہ اور مثلثہ الرؤس اوپر کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں۔ اور جو عضلات ذوراسینی میزاب پر چسپیدہ ہوتے ہیں وہ اسکو اندر کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں اور عضلہ صدر کبیرہ اسکو آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے۔ چنانچہ اس سے بغل میں ایک مرنیہ بن جاتا ہے اور نیچے کے ٹکڑے کا محور بھی متغیر ہو جاتا ہے جس سے اسکا رخ اوپر کی اور اندر کی طرف ہو جاتا ہے اور کہنی پہلو سے بمقدار ہوتی ہے۔ جب تک ذراعیہ کاسروقی کہفہ میں رہتا ہے کندھے کی چوٹی میں کوئی چٹا پن نہیں پایا جاتا جیسا کہ خلع میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بہر کیف اس سے ایک یا دو انچ نیچے ایک نشیب دکھائی دیتا ہے تا وقتیکہ وہ نزفی العصاب سے پکڑ نہ ہو جائے۔ بازو میں ایک انچ یا اس سے زائد قصر واقع ہو جاتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کے سرے سے عضلہ اعصاب کے دب جانے سے بعض اوقات شدید درد پیدا ہو جاتا ہے یا انکو شدید قسم کا نقصان پہنچ جاتا ہے۔ عصب نخع (circumflex) کو جو کسر کے لیول پر قاعدہ کے گرد ہو کر گزرتا ہے نہایت کثرت سے ضرر پہنچتا ہے۔ شریان اور ورید کو بھی مضرت پہنچ جاتی ہے گو اعصاب کے مقابلہ میں ایسا کم ہوتا ہے۔

297

مذکورہ بالا غیر وضعیت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی اور ایسے واقعات بھی درج میں نہیں نیچے کے ٹکڑے کے اوپر کا سرا (۱) ابتدائی تبیی ملاقت سے آگے کی طرف کو ہٹ گیا تھا یا (ب) عملی طور پر مطلقاً ٹلا ہی نہیں تھا۔

کندھے کے جوڑ پر سے بتر۔ عضلہ دالیہ سے ایک معیاری بتزی دامن

طیار ہوتا ہے۔ اس کی خونی اور عصبی رسد موخر مخن (posterior circumflex) عروق اور منحن (circumflex) عصب کی وجہ سے جن کو کیسہ کے کاٹنے سے پیشتر ذراعیہ کے بالائی سرے کی موخر جانب پر سے دامن اٹھاتے وقت بچانا ضروری ہوتا ہے محفوظ رہتی ہے۔ غرابی زائیدہ اس عضل کے مقدم کنارہ کے نیچے اور بغلی عروق کے خط کے ساتھ ہی باہر کی طرف واقع ہوتا ہے طریقہ سپنس (Spence's method) کے مطابق شکاف غرابی زائیدہ کے صین باہر کی طرف سے لے کر عضلہ دالیہ کو کاٹنا ہوا اس کی کور کے متوازی دیا جاتا ہے اور پھر اس کو اس کے منتہی سے اوپر مستعرض رخ میں عضلہ دالیہ پر سے بازو کے موخر اندرونی کنارہ تک بڑھا دیا جاتا ہے۔ اس مقام تک یہ تمام شکاف بے روک ٹوک ہڈی تک گہرا دیا جاتا ہے۔ مگر جوہیرا اس شکاف کو مذکورہ موخر اندرونی کنارہ سے لے کر اس کے انتہائی حصہ سے ملتا ہے، یعنی شکاف کا وہ حصہ جو عروق کے خط کو قطع کرتا ہوا گزرتا ہے صرف جلد اور زیر جلدی بافت ہی میں سے دیا جاتا ہے۔ اب مفصل کے کیسہ کو حدیبہ جات پر سے چاک کر کے سر کو مخلوع کر دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد ایک مددگار اندرونی دامن کو جو ابھی تک شکاف یافتہ نہیں ہوتا اس طرح پکڑ سکتا ہے کہ اس کے اوپر کے عروق قابو میں آجائیں اور اس اثنا میں جراح شکاف کے اگلے حصہ کو گہرا کر کے جارحہ کو علیحدہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد عروق فوقانی عمیق (superior profunda) (بازو کی عمیق شریان) کے مبداء سے نیچے کاٹ دئے جاتے ہیں۔ عضلہ صد کیہ کیہ کا منتہی اس شکاف سے کٹ جاتا ہے جو عضلہ دالیہ کے مقدم کنارہ کے ساتھ ساتھ دیا گیا تھا اور صلی ہذا عضلہ رفیعہ ظہریہ (latissimus dorsi) اور عضلہ مدبجہ کبیرہ (teres major) بھی کٹ جاتے ہیں۔ عضلہ مدبجہ صغیرہ، زیر شوکی عضلہ، فوق شوکی عضلہ اور زیر کتفی عضلہ کیسہ سے منقسم ہوتے ہیں اور ہڈی کے سر کو علیحدہ کرنے کے لئے اس کے ساتھ ہی کاٹ دئے جاتے ہیں۔ کیسہ کا دیرین حصہ اور ششہ الرؤس کا طویل سر ذراعیہ کو قب سے بالائی زخم میں سے باہر نکالنے کے بعد کاٹے جاتے ہیں۔

کندے کے جوڑے کے مرض میں ذراعیہ کے سر کا استیصال کرنے کے لئے

شکاف ذوراسین کے فوق و قبی سر کے ساتھ ساتھ دیا جاتا ہے اور شکاف کو اور گہرا کر دیا جاتا ہے حتیٰ کہ اس کا وتر جوڑ میں معرا ہو جاتا ہے۔ بازو کو اندر کی طرف گھما کر اور ذوراسین کے وتر کو محفوظ کر کے فوق شوکی عضلہ، زیر شوکی عضلہ اور عضلہ مدبجہ صغیرہ کے نتہاؤں کو حدیبہ عظیم سے زیر گرد عظمی

طور پر علحدہ کر دیا جاتا ہے اور پھر بازو کو باہر کی طرف گھما کر زیر کتفی عضلہ کی چسپیدگی کو حدیہ بے مغیر سے اسی طرح کاٹ دیا جاتا ہے۔ اب ہڈی کا سر مفلوج کیا جاسکتا ہے اور آری سے کاٹا جاسکتا ہے و قبی کہنہ کو معجرف (curette) سے کھرچ دیا جاتا ہے اور مرض زدہ زلانی خشا کاٹ کر علحدہ کر دی جاتی ہے۔ اس کے بعد کیسہ کی اس جھری کو (جس سے ان عضلات کی چسپیدگی باقی رہتی ہے) ٹانگے لگا کر بند کر دیا جاتا ہے۔ ذراعیہ کے سرکا استیصال کرتے وقت یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ ذراعیہ کی پوری میں جو نموٹولا پیدا ہوتا ہے اس کا  $\frac{1}{2}$  حصہ بالائی بر بالی خط پر واقع ہوتا ہے۔ لہذا ۱۹ یا ۲۰ سال کی عمر سے پیشتر واقعی طور پر استیصال کرنے پر کھرچنے کو ترجیح دینا چاہئے۔

# بازو اذہم

## بازو

( ARM )

299

بازو یا بالائی بازو (upper arm) یا عضدی خط وہ حصہ تصور کیا جاتا ہے جو بغل سے لے کر کہنی تک پھیلا ہے۔

**سطحی تشریح**۔ عورتوں اور موٹے اشخاص میں بازو کا خاکہ مستدیر اور کافی باقاعدہ ہوتا ہے۔ قوی العضلات اشخاص میں یہ اتنا باقاعدہ نہیں ہوتا بلکہ کسی حد تک اسطوانہ کی شکل کا ہوتا ہے اور ایک طرف سے دوسری کو چپٹا اور آگے کی طرف کو غیر متناسب طور پر ابھلا ہوتا ہے (عضلہ ذوراسین)۔ عضلہ ذوراسین کا خاکہ نمایاں ہوتا ہے اور اس کی ہر ایک جانب پر ایک میزب پایا جاتا ہے۔ دونوں میزایوں میں سے اندرونی کہیں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ یہ کہنی کے خم سے لے کر بغل تک جاتا ہے اور ورید باسیلق (basilic vein) اور عضدی شریان (brachial artery) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔ بیرونی میزب اٹھلا ہوتا ہے اور اوپر کی طرف عضلہ دالیہ کے منہی تک جا کر ختم ہو جاتا ہے اور یہاں تک یہ قیفالی ورید (cephalic vein) کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

عضلہ دالیہ کا منہی ایک مشہور امتیازی نشان ہے اور آسانی سے تمیز کیا جاسکتا ہے۔ یہ ذراعہ کی پوری کی بہت صحیح صحیح تنصیف کرتا ہے اور غرابی عضدی عضلہ کے منہی کے لیول پر واقع



ہوتا ہے۔ نیز یہ عضدی عضلہ (brachialis) کی اوپر کی حد کو بھی ظاہر کرتا ہے۔ مزید برآں یہ ان مقامات کا متناظر ہوتا ہے جہاں ذراعیہ کی پوری کا استوانہ نما حصہ منشور نما حصہ سے ملتا ہے اور جہاں مغذی شریان (nutrient artery) داخل ہوتی ہے۔ اور نیز یہ اس لیول کا متناظر بھی ہوتا ہے جس پر بازو کا عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب اور اسکی شریان عمیق (profunda artery) ہڈی کی عقبی جانب پر سے گزرتی ہے۔

300

جب بازو حالت بسط اور حالت بطح میں ہوتا ہے تو عضدی شریان اس خط کی متناظر ہوتی ہے جو ذراعین کے اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ بغل کے مخرج (اس کے وسطی اور مقدم ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال) سے لیکر کہنی کے خم کے وسط تک کیسینا جائے۔ شریان سطحی ہوتی ہے اور اپنے تمام طول میں محسوس کی جاسکتی ہے۔ اسکا بالائی دو تہائی حصہ ذراعیہ کی پوری کے اندر کی جانب واقع ہوتا ہے اور اسلئے اسکو ہڈی پر باہر کے اور ذرا پیچھے کے رخ میں منقطع کیا جاسکتا ہے۔ اس کے زیرین ایک تہائی حصہ کے پیچھے ذراعیہ واقع ہوتی ہے اور ضغط کو مؤثر بنانے کے لئے اسکارخ پیچھے کی طرف کو ہونا چاہئے۔

**فوقانی زندگی مجانب (superior ulnar collateral)** (تحتانی عمیق inferior profunda) اس خط سے ظاہر کی جاسکتی ہے جو ذراعیہ کی پوری کی اندر کی طرف کے وسطی حصہ سے لیکر اندرونی یعنی وسطانی سرقندال کی عقبی جانب تک کیسینا جائے۔ مغذی شریان (nutrient artery) ہڈی میں اسکی اندرونی جانب پر عضلہ دالیہ کے منتہی کے سامنے داخل ہوتی ہے اور تحتانی زندگی مجانب (inferior ulnar collateral) (متفہم کیر: anastomotica magna) عرق کہنی کے خم سے تقریباً دو انچ اوپر نکلتا ہے۔

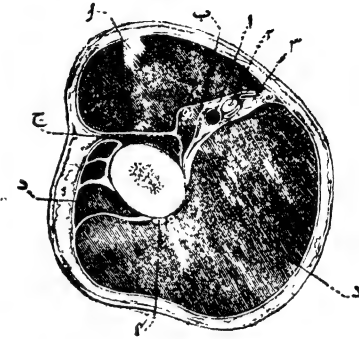
**زندگی عصب (ulnar nerve)** پہلے عضدی شریان کے ساتھ ساتھ جاتا ہے اور پھر اس خط کے ساتھ ساتھ جو غزائی عضدی عضلہ کے منتہی کے لیول کے قریب عرق مذکور کی اندرونی جانب سے (اندرونی قندال اور رُج (olecranon) کے درمیانی وقفہ تک کیسینا جائے۔ کلائی کے داخلی یا وسطانی جلدی عصب (medial cutaneous nerve) کا زیادہ تر حصہ اندرونی ذراعینی میزب کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) عصب کہنی کے خم میں ذراعین کے وتر کے بیرونی کنارہ پر بیرونی ذراعینی میزب یا تجویف میں سطحی ہو جاتا ہے۔ اس میزب کی گہرائی میں دو عصب پاجلتے

ہیں۔ عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کعبری radial) پہلا عضلہ اسین کے نیچے سے نکلتا ہے اور دوسرا عضدی کعبری عضلہ (brachio-radialis) کے قُربی حصہ کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اس کے ذریعہ سے پوشیدہ ہوتا ہے۔

301

بازو کی جلد کا خاکہ سامنے کی طرف

اور جانبین پر باریک اور صاف ہوتی ہے۔ یہ بہت حرکت پذیر ہوتی ہے اور عمیق حصوں سے ایک بہت نرم زیر جلدی ردا کے ذریعہ سے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے۔ بازو کے مدور بتور میں جلد اپنے ڈھیلے پن کی وجہ سے دستی جز ہی سے ایک کافی حد تک کھچ جاتی ہے ٹینگیا کوزی (Tagliacozzi) کے عمل میں تاک کو بار دیگر طیار کرنے کے لئے ذورا سین کی مقدم سطح کے اوپر کی جلد ہی سے دامن طیار کیا جاتا ہے۔ اس



شکل ۶۸۔ بازو کے وسط میں سے تعرض تراش۔

(برون : Braune)

(ا) ذوراسین - (ب) غرابی عضدی عضلہ۔

(ج) عضدی عضلہ (مقدم)۔ (د) مثلثۃ الرول

۱۔ عضدی ثریان۔ ۲۔ عصب وسلی۔ عصب ہدی

۳۔ عضلی مرغولی (کعبری) عصب۔

حصدہ کی جلد کے پتلا اور بالوں سے معرا ہونے کی وجہ سے یہ اس طریق کار کے لئے بہت موزوں ہے۔ چونکہ بازو کی جلد کی چسپیدگی زیادہ نہیں ہوتیں اس لئے یہ دریدہ اور کوفتہ زخموں میں آسانی سے پھٹ اور اترا جاتی ہے۔ بعض اوقات ان ضررات میں جلد کے بڑے بڑے دامن ضرب کی شدت سے ملحدہ ہو جاتے ہیں۔ زیر جلدی بافتوں کے ڈھیلے پن کی وجہ سے الہتابی اعمال کے پھیلنے میں بہت مدد ملتی ہے اور اس کے مقابلہ پتلا ہونے کی وجہ سے کدم (ecchymosis) ابتدا ہی میں ظاہر ہو جاتا ہے۔

یہ جارحہ ایک عمیق ردا سے جو عضدی صفاق (brachial aponeurosis)

سے موسوم ہے اس طرح ڈھکا ہوتا ہے جیسا کہ آستین سے۔ یہ ردا طرفین پر دو بین عضلی فاصلات سے

جو ذراعیہ کے بیرونی اور اندرونی حاشیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں مثبت ہوتی ہے۔ اور یہ فاصلات ایک طرف عضلہ دالیک کے انتہی سے لیکر بیرونی یا جانبی سر قندال تک اور دوسری طرف غرابی عضدی عضلہ کے انتہی سے لیکر اندرونی سر قندال تک پھیلے ہوتے ہیں۔ اس صفاق اور اسکے فاصلات سے بازو دو خانوں میں منقسم ہو جاتا ہے جو بازو کی مستعرض تراش میں بخوبی نظر آتے ہیں (شکل ۶۸)۔ یہ خانے الٹھانی اور زنی الطبابت کو محدود رکھتے ہیں۔ ان دونوں خانوں میں سے مقدم خانہ کے حدود کم مستحکم ہوتے ہیں کیونکہ جو ردا ذوراسین کی پوشش کا کام دیتی ہے وہ پتلی ہوتی ہے۔ الطبابت ایک خانہ میں سے دوسرے خانہ میں ان ساختوں کے ساتھ ساتھ چیکر جو بین عضلی فاصلات کو منقبت کر کے دونوں فضاؤں کے لئے مشترک ہو جاتی ہیں باسانی پہنچ جاتے ہیں اور یہ ساختیں عضلی مرغولی اور زنی اعصاب، شریان عمیق (profunda artery) اور فوقانی اور تحتانی زندگی مچانبات (superior and inferior ulnar collaterals) ہیں۔ بڑی بڑی ساختیں جو عضدی صفاق کو منقبت کرتی ہیں یہ ہیں۔ ورید باسلیق (basilic vein) جو بازو کے وسط سے ذرا نیچے ہوتی ہے۔ پیش بازو کا داخلی جلدی عصب جو بازو کے وسط کے قریب ہوتا ہے اور عضلی جلدی عصب کی خارجی جلدی شاخ جو کہنی پر ہوتی ہے۔ قبل الذکر دونوں ساختیں اندرونی ذوراسین میزاب میں ہوتی ہیں اور موضح الذکر بیرونی میں ہوتی ہے۔

عضدی عضلہ (brachialis) ہڈی سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور ذوراسین (biceps) آزاد ہوتا ہے۔ لہذا جب ان عضلات کو کاٹا جاتا ہے (جیسا کہ ہتھیں) تو موضح الذکر عضلوں میں قبل الذکر کی نسبت معتد بہ باز کشی واقع ہو جاتی ہے۔ لہذا بدور ہتھ سر انجام دینے وقت یہ مناسب ہوتا ہے کہ پہلے ذوراسین کو کاٹ دیا جائے اور جب یہ باز کشیدہ ہو جائے تو پھر عضدی عضلہ مقدم کو کاٹا جائے۔

عضدی شریان (brachial artery) یہ عرق عضلہ کبیر (teres major) کے زیریں کنارے پر بغلی شریان کے بلا واسطہ تسلسل کی شکل میں شروع ہوتا ہے اور پیش غرقی خرو (antecubital fossa) میں کبیرہ کی عنق کے مقابل کبیری اور زنی شریانوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتا ہے۔ اسکے خط کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 299)۔ قوی العضلات اشخاص میں یہ شریان بعض اوقات ایک معتد بہ مد تک ذوراسین عضلات سے اور کسی ہند تک

غرابی عضدی عضلہ سے متراکب ہوتی ہے۔ دوسری ساختوں کے مقابلہ میں اس کا محل شکل ۶۸ میں ظاہر کیا گیا ہے۔ بازو کے وسط میں عصب وسطی (median nerve) اسکے تقریباً عین سامنے ہوتا ہے اور ذرا اس میں اس پر متراکب ہوتا ہے اور مثلثۃ الرؤس اسکو پیچھے سے سہارا دیتا ہے جب جراح کو یہاں اس شریان کو معرا کرنا مقصود ہو تو موخر الذکر امر اس کے لئے دلچسپی سے خالی نہیں ہوتا۔ کیونکہ اگر بیجا طور پر نیچے کوئی گدی رکھی ہو یا سہارا دیا ہو تو وہ مثلثۃ الرؤس کو اوپر کی طرف کو دھکیل دے گا جس سے تشریحی تعلقات میں خلل واقع ہو جائے گا اور یہ عرق مخفی ہو جائے گا۔ اس قسم کی کوئی گدی استعمال نہ کرنا چاہئے بلکہ بازو کو صرف کندھے اور اس گدی کے سہارے رہنے دینا چاہئے جو کہہنی کے نیچے رکھی گئی ہو۔

303

عصب وسطی اس شریان کی بیرونی اور مقدم جانب پر سے نیچے کی طرف کو غرابی عضدی عضلہ کے فٹہی تک جاتا ہے اور یہاں یہ اسکے عین آگے واقع ہوتا ہے۔ اسکے بعد یہ اسکے اندر کی جانب کو آجاتا ہے اور اٹھائیہ تعلق آگے بڑھ کر بھی قائم رہتا ہے۔ لہذا عضدی شریان کے مضبوطی میں عصب وسطی مشکل سے ہی بچ سکتا ہے۔ داخلی جلدی عصب اس عرق کے سامنے یا اس کی اندر کی طرف کے قریب ہی واقع ہوتا ہے حتیٰ کہ یہ ردا کو منتقبت کر دیتا ہے۔ زندگی عصب غرابی عضدی عضلہ کے فٹہی تک اس شریان کے اندر کی طرف واقع ہوتا ہے اور اس عرق کے مقام ابتدا کے پیچھے عضلی مرغوی عصب موجود ہوتا ہے۔ رفیق وریڈوں میں سے ہر ایک اس شریان کی ایک ایک طرف واقع ہوتی ہے اور یہ ایک دوسری سے چھوٹی چھوٹی مستعرض شاخوں سے مربوط ہوتی ہیں اور یہ شاخیں اس عرق کو عبور کرتی ہیں اور اس پر عملیہ کرتے وقت بعض اوقات موجب تکلیف ہوتی ہیں۔ مثلث وسطی پر شریان کو باندھنے کے لئے جو شکافات دئے جاتے ہیں اگر وہ بہت زیادہ اندر کی طرف واقع ہوں تو باسلیق وریڈ کے کٹ جانے کا امکان ہوتا ہے یا زندگی عصب معرا ہو جاتا ہے جو غلطی سے وسطی تصور کر لیا جاتا ہے۔ بہترین شکاف وہ ہے جو انتصابی رخ میں نیچے کی طرف کو اس خط پر دیا جائے جو غرابی زائیدہ سے لیکر پیش مرفقی مغرہ کے نقطہ وسطی تک اس حالت میں کھینچا گیا ہو جبکہ بازو دھڑ سے زاویہ قائمہ پر ہو اور ہاتھ چپ حالت میں ہو اور تکیہ صرف کہہنی کے نیچے ہی رکھا ہو۔ اس طریقہ سے رسائی حاصل کرنے سے عملیہ کن کے سامنے ذرا اس میں کی اندرونی کورا اور عصب وسطی آجائے گا اور انکو باہر کی طرف کو ہٹانے سے اسکو دوسری ساختوں کو ہلانے کے بغیر یہ شریان مل جائے گی۔ جہاں تک زندہ موصغ کا

تعلق ہے عصب وسطیٰ کو ماتحت شریان سے اکثر ایک نمایاں نبضان پہنچتا رہتا ہے اور بعض اوقات اسی کو بڑی شریان تصور کر لیا گیا ہے۔

## عضدی شریان کی ترتیب میں جو بخیر طبعی حالتیں پائی جاتی

ہیں وہ اس قدر کثیر الوقوع ہیں (۱۲ تا ۱۵ فیصدی بازوؤں میں پائی جاتی ہیں) کہ وہ براہی نقطہ محض سے اہم ہیں۔ ایک مجانب شاخ (عرق خاظمی: vas aberrans) کا پایا جانا غیر معمولی نہیں سمجھا جاتا۔ یہ شاخ عضدی شریان کے بالائی حصہ یا بغلی شریان کے پیرین حصہ سے نکلتی ہے اور بازو میں نیچے تک عصب وسطیٰ سے اوپری جاتی ہے اور کبیری شریان میں یا بعض اوقات زندگی میں جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات عضدی کی جگہ عرق خاظمی (vas aberrans) ہی ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت میں شریان عصب وسطیٰ سے عمیق ہونے کی بجائے اس سے اوپری پائی جلتے گی اور عمیق (profunda) یا گہری شریان اور فوقانی زندگی مجانب (superior ulnar collateral) شریان اصلی عضدی شریان کے بقیہ حصہ سے نکلیں گی۔ یا اوپری عضدی عرق بعض اوقات فوق قندالی زائیدہ (supracondyloid process) کے نیچے سے گزرتا ہے اور یہ زائیدہ ہڈی کا ایک خطاف دار مریمہ ہے جو گاہے گاہے ذراعہ سے اس کے اندرونی سرفقندال سے ۲ انچ اوپر پیدا ہوتا ہے۔ یہ عرق عضدی عضلہ کے مبداء کے اندرونی ریشوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

ایک اور اختلاقی حالت ہے جس میں ایک شریان کی بجائے دو شریانیں موجود ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں عضدی شریان فوق مرفقی حفرہ میں منقسم ہونے کی بجائے بازو کے بالائی حصہ ہی میں تقسیم ہو جاتی ہے اور جو عروق دکھائی دیتے ہیں وہ درحقیقت کبیری اور زندگی ہوتے ہیں۔ بعض اوقات شریان عضدی اپنے طبعی محل پر منقسم ہوتی ہے اور دوسرا عرق بین العظامی ہوتا ہے جو بازو کے پیرین حصہ میں شریان زندگی سے نکلنے کے بجائے بازو کے بالائی حصہ میں عضدی ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اور دوسرے واقعات میں جو عروق نظر آتے ہیں انہیں ایک طبعی عضدی ہوتا ہے اور ایک عرق خاظمی (vas aberrans)۔ اگر عملیہ بندش کے لئے سرانجام دیا جا رہا ہو تو دونوں شریانوں کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کبیری: radial) عصب کو ہڈی سے

جس کو یہ عضلہ والیہ کے منتہی پر عبور کرتا ہے قریبی تماس رکھنے کی وجہ سے اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے اور نیشق ہو جاتا ہے۔ چنانچہ شدید کوفتگیوں میں لات اور بول بگنے اور گھوڑوں کے کاٹنے سے اور نیز ذراعیمہ کی پوری کے کسور میں اسے بہت کثرت سے نقصان پہنچ چکا ہے۔ یا ایسا ہوتا ہے کہ یہ عصب کسر کے وقت صحیح و سالم ہوتا ہے اور بعد میں دُشْبَذ (callus) سے اعتدال متاثر ہو جاتا ہے کہ وہ جسے جھکویہ رسد پہنچاتا ہے شلول ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کی قید سے اسکو آزاد کرنے کے لئے طولانی شکاف موزوں ہوتا ہے، جو بازو کی پشت پر اسکے سین درمط میں دیا جاتا ہے جبکہ کہنی خمیدہ ہو اور کلائی چھاتی پر رکھی ہو۔ اس قسم کے نصف کو گھرا کرنے سے یہ عصب تشلش آڑوس کے اندرونی اور طویل سروں کے درمیان عضلی مرغولی میزاب میں فوقانی عینق (superior profunda) ثمریان کے ساتھ پایا جائے گا۔ کئی ایک مثالوں میں یہ عصب ان آدمیوں میں سر کے دباؤ سے مشلول ہو گیا ہے جو بازو کو مکمل انبھاج اور تبعید کی حالت میں سر کے نیچے رکھ کر سو گئے تھے۔ غراب ساخت کے عکازوں کے دباؤ سے بھی اسکو اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے۔ اور واقعہ یہ ہے کہ 'عکازی تشل' (crutch paralysis) میں یہ عصب نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے اور بلحاظ کثرت ابتلا کے جو تناسل کے بعد ماؤف ہوتا ہے وہ زندگی ہے۔

عضلی مرغولی (musculo-spiral) تشل سے جو منظر پیدا ہوتے ہیں ان کا ذکر صفحہ 370 پر کیا گیا ہے۔

## ذراعیمہ کی پوری کا کسر بعض اوقات بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتا ہے

گر اس کی پوری بالواسطہ ضرب سے بھی ٹوٹ سکتی ہے۔ اور کہا جاتا ہے کہ تمام ہڈیوں میں سے ذراعیمہ ہی ہے جو عضلی فعل سے نہایت کثرت سے ٹوٹتی ہے۔ موزن الذکر کی مثالوں کے طور پر گیند یا بسب کا چمکنا یا کرنے سے بچنے کے لئے کسی سہارے کا بچونا اور قوت کی وہ آزمائش جو کلائی مڑاؤنے (wrist-turning) کے نام سے موسوم ہے پیش کی جاسکتی ہے۔ جب یہ ہڈی عضلہ والیہ کے منتہی سے اوپر ٹوٹتی ہے تو نیچے کا کمرڈا ذوراسین، مشتتہ الرؤس، اور عضلہ والیہ سے اوپر کی طرف اور موزن الذکر سے باہر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے، اور اوپر کا کمرڈا ان عضلات سے جو ذوراسین میزاب میں چمیدہ ہوتے ہیں اندر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ جب کسر عضلہ والیہ کے منتہی سے نیچے واقع ہو تو یہ عضلہ اوپر کے کمرڈے کے نیچے کمرے کو باہر کی طرف کو کھینچ لیتا ہے، اور

نیچے کا کڑا ذورا سین اور مثلثۃ الرؤس سے اس کے اندر کی طرف سے اوپر کو کچ جاتا ہے۔ بہر حال قاعدہ یہ ہے کہ بدشکلی کا انحصار کسی عضل فعل کی نسبت کا بہر معظمت قوت کی نوعیت اور اس کے رخ پر کہیں زیادہ ہوتا ہے۔ جن بد وضعیوں کا ذکر ابھی کیا گیا ہے یہ بھی مشاہدہ میں آسکتی ہیں مگر عضلہ الدیہ کے منتہی کو محل کسر سے جو علاقہ ہوتا ہے اس سے یہ بالعموم کوئی تعلق نہیں رکھتیں۔ بازو کے وزن کی وجہ سے قصر ثرا ذونا درہی ۳۱ انچ سے زائد ہوتا ہے۔

## ہڈی کے کسر کے ساتھ اس کے ارد گرد کے عضلات کا معکوس انقباض

ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ اور یہ ایک معکوس ہے جو ان مسمی اعصاب کو ضرر پہنچنے سے ظہور میں آتا ہے جو ضرر رسیدہ ہڈی، گرد و عظمہ اور عضلات میں ختم ہوتے ہیں۔ اور شکستہ سروں کے ایک دوسرے پر چڑھ جانے کی یہی وجہ ہے۔ یہ معکوس انقباض معدم حس کے زیر اثر غائب ہو جاتا ہے اور اقتراب (apposition) آسان ہو جاتا ہے۔

## عدم اتحاد ذراعیہ کے کسر میں ہڈیوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔

عدم اتحاد اور اتحاد آجل کا انحصار ثریان مغزی اور محل کسر کے درمیان تعلق نہیں ہوتا بلکہ زیادہ ترتبیت حاصل کرنے میں دقت پیش آنے پر ہوتا ہے۔ اندامال کے لئے جس آرام کی ضرورت ہوتی ہے وہ صرف ان تمام عضلات کو جو ذراعیہ کے کسی حصہ پر بھی فعل کرتے ہیں محل کسر میں خلل انداز ہونے سے باز رکھنے ہی سے حاصل ہو سکتا ہے۔ لہذا کندرھے کہنی کاٹائی اور ہاتھ کے جوڑوں کو غیر متحرک بنانا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ جو عضلات ذراعیہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں وہ ان تمام جوڑوں پر فعل کرتے ہیں۔ لیکن اگرچہ دوسرے جوڑوں کی تثبیت آسان ہوتی ہے مگر کندرھے کے جوڑ کی تثبیت مکمل طور پر حاصل نہیں کی جاسکتی۔ دوسرا اہم سبب یہ ہے کہ شکستہ سروں کے درمیان عضل بافت حائل ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس ہڈی کی پوری منفعم عضل ریشوں سے گھری ہوتی ہے اور ان سے قریبی تعلق رہتا ہے۔ چنانچہ ترچھے کسر میں ہڈی کے ٹکڑے کا سربعض اوقات عضدی عضل میں گھس جاتا ہے اور دوسرا سرا مثلثۃ الرؤس کے جسم میں جا بٹکتا ہے اور اس طرح ہڈیوں میں قیاس واقع نہیں ہو سکتا۔

ذراعیہ کی بالیدگی۔ سترھویں یا اٹھارویں سال کے قریب بھدی بر بالی

خط پر بالیدگی بند ہو جاتی ہے اور ٹریپین یا بعدی بر بال پوری سے متحد ہو جاتا ہے۔ قربی یا بالائی بر بالی خط پر بالیدگی اسکے بہت عرصہ بعد ختم ہوتی ہے اور قربی بر بال پوری کے ساتھ اکیسویں بائیسویں سال کے قریب متحد ہوتا ہے۔ بر بالی خطوط کے بند ہو جانے کے بعد طول میں جو بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ ختم ہو جاتی ہے۔ ڈیگبائی (Digby) نے اندازہ کیا ہے کہ طول میں جو بالیدگی واقع ہوتی ہے وہ قربی خط پر بعدی خط کی نسبت چار گنی سرعت سے واقع ہوتی ہے۔ لہذا اگر کسی بڑھتے ہوئے بچے میں قربی خط کو ضرر پہنچ جائے تو بعدی خط کو اسی قسم کا ضرر پہنچنے کے مقابلہ میں قصر بہت زیادہ ہوگا۔



# باب سیزدہم

## کہنی کا خطہ

سطحی تشریح۔ کہنی کی مقدم سطح پر تین عضلی ارتفاعات دکھائی دیتے ہیں۔

ایک اوپر کی طرف اور مرکز میں ہوتا ہے جو ذوراسین اور اسکے وتر کا تناظر ہوتا ہے اور دو نیچے کی طرف اور جانبین پر ہوتے ہیں انہیں سے باہر کی طرف کا عضدی کجری عضلہ (brachio-radialis) اور مشترک باسط تودہ کا اور اندرونی عضلہ کا بہ مدللجہ (pronator teres) اور خم کن عضلات کے مشترک گروہ کا تناظر ہوتا ہے۔ یہ ارتفاعات اس طرح مرتب ہوتے ہیں کہ ذوراسین اور اسکے وتر کی دونوں طرف دو میزاب بنجاتے ہیں۔ یہ میزاب اوپر کی طرف منفرج ہو جاتے ہیں اور بیرونی اور اندرونی ذوراسینی میزابوں سے مل جاتے ہیں اور نیچے کی طرف یہ اس وتر کے نمایاں ترین حصہ پر سے ایک دوسرے سے متحد ہو جاتے ہیں۔ اور اس طرح ان سے وی (V) کی شکل کا ایک انحناس پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۶۹)۔ ان نقائل کی وضاحت کا انحصار افراد کی لاغری اور انکے عضلی نمونہ ہوتا ہے۔ دونوں میزابوں میں سے اندر کے میزاب میں عصب وسطی، شریان عضدی اور اسکی رفیق وریدیں پائی جاتی ہیں اور بیرونی میزاب کے نیچے عضلی مرغولی (musculo-spiral) (کجری radial) عصب

اور عمیق (profunda) شریان مہ صغیر کبری باز گرد عروق کے گہرے واقع ہوتے ہیں۔ ذوراسین کا وتر بالعموم واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اسکا بیرونی کنارہ اسکی اندرونی کور کی نسبت زیادہ واضح ہوتا ہے کیونکہ ذوراسینی ردا (یعنی عضلیہ: lacertus fibrosus) اسکی موثر الذکر جانب کے ساتھ تعلق رکھتی ہے۔ اس خطہ کو مقدم جانب پر جلد کی ایک سلوٹ مستعرضاً عبور کرتی ہے اور یہ کہنی کا شکن کہلاتی ہے۔ یشکن خط مستقیم نہیں ہوتا بلکہ نیچے کی طرف کو محذب ہوتا ہے اور خط مفصل سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور اسکے جابی سرے دونوں سرقندالی فرازا ست کی چوٹیوں کے تناظر ہوتے ہیں۔ کہنی کے عقبی خلوع میں ذراعیہ کانچ کا سرا اس شکن سے تقریباً ایک انچ نیچے معلوم ہوتا ہے۔ مگر ذراعیہ کے ان کسور میں جو سرقندالوں کے عین اوپر واقع ہوں یشکن یا تو اس ارتفاع کے جو اوپر کے کمرے کے نیچے کے سرے سے بنجاتا ہے بالمقابل ہوتا ہے اور یا اس سے نیچے ہوتا ہے۔ یہ سلوٹ بازو کی بسط کردگی میں غائب ہو جاتی ہے۔

ومی (V) کی شکل کے نشیب کے راس پر اُس مقام کے نزدیک جہاں ذوراسین کا وتر واضح طور پر محسوس نہیں کیا جاسکتا اور اس وتر کی بیرونی جانب پر وسطی ورید وسطی باسلیق ورید اور وسطی قیفالی وریدوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ نیز اسی مقام پر عیسیٰ وسطی ورید وسطی عروق سے ملتی ہے۔ وسطی باسلیق ورید ذوراسین کے وتر کو عبور کرتی ہوئی اور اس میزاب کے ساتھ ساتھ کم و بیش صحیح طور پر جاتی ہوئی جو اس عضلہ کے اندرونی کنارہ پر ہوتا ہے اور اندرونی (وسطانی) سرقندال سے ذرا اوپر موثر زندگی ورید سے ملتی ہوئی جس سے باسلیتی متا بنجاتا ہے دیکھی جاسکتی ہے۔ وسطی قیفالی (median cephalic) ذوراسین کے بیرونی حاشیہ پر کے میزاب میں سے گزر کر خارجی (جانبی) سرقندال کے لیول پر کبری ورید سے مل جاتی ہے اور اس اتحاد سے قیفالی ورید بنتی ہے۔

عضدی شریان اُس خط کے وسط سے جو ایک سرقندال سے دوسرے سرقندال تک کھینچا جائے ایک انچ نیچے دو حصوں میں تقسیم ہوتی ہے۔ اس کا نقطہ تقسیم کبری کی گردن کے بالمقابل ہوتا ہے۔

”اگر جوڑ کے سامنے پر کی مثلث فضا پر محکم دباؤ ڈالا جائے تو زند (ulna) کا اکلیل آسا زائدہ غیر واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے“ (Chien: چین)۔ دونوں سرقندالوں کی چوٹیاں ہمیشہ محسوس کی جاسکتی ہیں۔ اندرونی سرقندال دونوں میں سے زیادہ نمایاں اور کم گول ہوتا ہے

ذرا عین کعبہ کی مثل خط افقی میں ہوتا ہے۔ مگر ذرا عین زندگی مفصل ترجہا ہوتا ہے اور مفصلی سطحیں نیچے کی اور اندر کی طرف کوائل ہوتی ہیں۔ اسی وجہ سے خارجی سرقندال مفصلی خط سے صرف پانچ (۱۸ ملی میٹر) اونچا ہوتا ہے۔ مگر اندرونی سرقندال کی چوٹی اس حصہ سے ایک انچ (۲۸ ملی میٹر) سے زائد اونچی ہوتی ہے (پولٹ: Paulet)۔ زندا اور ذراعہ کے درمیان کی مفصلی سطحوں کے میلان کا یہ نتیجہ ہے کہ بسط کردگی میں کلائی بازو کے خط مستقیم میں نہیں ہوتی۔ بلکہ اس کے ساتھ ایک زاویہ ”حادثہ“ بناتی ہے جو باہر کی طرف کوکھلتا ہے۔ چنانچہ جب کلائی سے تمام جارحہ اعلیٰ پر جڑ کا عمل کیا جاتا ہے تو کچھ قوت باسط لازمی طور پر ضائع ہو جاتی ہے۔ لہذا ایسے جڑ کو کہنی سے لگانا چاہئے، جیسا کہ دست و رزی سے کندھے کے ضلع کی ترجیح کرنے میں بالعموم کیا جاتا ہے۔ دونوں سرقندالوں کے درمیان کہنیچا ہوا خط بازو کے محور سے زاویہ قائمہ پر واقع ہوتا ہے، مگر کلائی کے محور کے ساتھ باہر کی طرف یہ اس سے چھوٹا زاویہ بناتا ہے۔ چنانچہ اگر ہم بازو پر نظر ڈالیں تو دونوں سرقندال ایک ہی لیول پر دکھائی دیتے ہیں لیکن اگر ہم انھیں کلائی کی طرف سے دیکھیں تو اندرونی سرقندال خارجی زائدہ کی نسبت زیادہ اونچے لیول پر نظر آتا ہے۔

کہنی کا مفصلی خط دونوں قندالوں کی چوٹیوں کے درمیان کے پورے خط کی چوڑائی کے صرف دو تہائی حصہ کے برابر ہوتا ہے (شکل ۱، صفحہ ۳۲۲)۔

کہنی کی پشت پر رُج (olecranon) کا ارتقاع ہمیشہ واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ بیرونی سرقندال کی نسبت اندرونی سرقندال کے زیادہ قریب واقع ہوتا ہے۔ انتہائی بسط کردگی کی حالت میں رُج (olecranon) کی چوٹی اس خط سے ذرا اوپر واقع ہوتی ہے جو دونوں سرقندالوں کو ملاتا ہے۔ جب کلائی بازو سے زاویہ قائمہ پر ہوتی ہے تو اس زائدہ کی نوک سرقندالوں کے خط سے نیچے ہوتی ہے اور انتہائی خم کردگی میں یہ سب کا سب اس خط کے آگے واقع ہوتا ہے۔ رُج (olecranon) اور اندرونی سرقندال کے درمیان ایک نشیب ہوتا ہے جس میں زندگی معصب اور نہری (موخر) زندگی باز گرد [dorsal (posterior) ulnar recurrent] شریان پائی جاتی ہے۔

رُج (olecranon) سے باہر کی طرف اور خارجی سرقندال کے عین نیچے جلد میں ایک انخفاض ہوتا ہے جو جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ شمیم اشغاف میں بھی یہ گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ اور چھوٹے بچوں میں بھی نظر آتا ہے۔ اس میں کعبہ کا سر اور کعبہ کی ذراعہ عین

**جوڑ (radio-humeral joint)** محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور ان دونوں میں ہڈی کو پٹ اور چب حالت میں گردش دینے سے بخوبی تمیز کی جاسکتی ہے۔ یہ گڑھا اس جوف کا متناظر ہوتا ہے جو عضلہ مرفتیہ (anconeus) کے بیرونی کنارہ اور اس عضلہ فرانس کے درمیان واقع ہوتا ہے جو رشتہ کے دونوں کعبی باسط عضلات اور عضلہ کعبی (brachio-radialis) سے بنتا ہے۔ ہڈی کا سب سے اونچا مقام جو اسکو گردش دینے پر محسوس کیا جاسکتا ہے کہنی کے جوڑ کے خط کے مین نیچے کعبہ کا متناظر ہوتا ہے اور یہ اس مفصل کے لئے مفید رہنما ہوتا ہے۔ کہنی کے جوڑ کی اوپر کی حد اس خط تک پہنچتی ہے جو دونوں سرقندالوں کے درمیان کیمنچا گیا ہو۔ کعبہ کا حدیبہ اگلے سر کے مین نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ جارحہ انتہائی اکباب کی حالت میں ہو۔

کہنی کی سامنے کی طرف کی **جلد باریک** اور نازک ہوتی ہے اور یہ کمر بندھی ہوئی چٹوں اور جیروں کے نامناسب استعمال سے بآسانی چھل جاتی ہے۔ جلد کے باریک ہونے کی وجہ سے ماتحت وریدیں اس میں سے بآسانی دکھائی دے دیتی ہیں۔ مگر جس وضاحت سے یہ دکھائی دیتی ہیں اسکا انحصار زیادہ تر زیر جلدی شحم پر ہوتا ہے۔ بہت مضبوط آدمی میں یہ بعض اوقات بگل دکھائی نہیں دیتیں اور فصد کے لئے جو معمولی ذرائع اختیار کئے جاتے ہیں ان سے ان کانمایاں بنانا مشکل یا ناممکن ہوتا ہے۔

کہنی کے سامنے کی طرف کی سطحی وریدوں میں جو ایم (M) کی شکل کی ترتیب پائی جاتی ہے وہ معروف ہے۔ لیکن یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ یہ ترتیب ہمیشہ نہیں پائی جاتی (شکل ۶۹)۔

## سطحی ورید و سطحی قیفالی اور سطحی باسلیق وریدوں میں ذوراسین کے

وتر کے باہر کی طرف منقسم ہو جاتی ہے۔ اور اسلئے موخر الذکر ورید اس وتر اور عضلہ ثریان اور اسکی وریدوں اور سطحی عصب کے سامنے سے گزرتی ہے۔ ان ساختوں سے یہ ذوراسین ردا کے ذریعہ سے علحدہ ہوتی ہے۔ سطحی باسلیق ورید بعض اوقات عضلہ ثریان کو دفعہ عبور کر لیتی ہے اور اس سے سوائے مقام تقاطع کے مقابلہ بے تعلق رہتی ہے یا یہ کچھ فاصلہ تک ثریان کے مین آگے سے جاتی ہے یا اسکو پہلے ہی عبور کر کے اسکے متوازی چلی جاتی ہے، گو ممر کے زیادہ تر حصہ میں اس کا لیول مختلف ہوتا ہے۔ جہاں تک جسامت کا تعلق ہے سطحی باسلیق ان وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی ہوتی ہے۔ اسکے بعد سطحی قیفالی کا نام آتا ہے

اور وسطی خود تیسرے درجہ پر ہوتی ہے اور زندگی اور کبری وریدیں اس سلسلہ میں سے سب سے چھوٹی

ہوتی ہیں۔ ان وریدوں میں بہت سی غیر طبعی ممالک کے پائے جانے کا امکان ہوتا ہے اور انہیں سے نمایاں ترین اس صورت میں پائی جاتی ہیں جب کہ اس حصہ کی بڑی بڑی شریانیں بھی غیر طبعی ہوں۔ یہ اختلاف جارحہ کی زندگی جانب کی وریدوں میں کعبری جانب کی وریدوں کی نسبت زیادہ عام ہوتا ہے۔ چنانچہ کعبری ورید یا وسطی قیفالی ورید یا دونوں ہی عام طور پر یا تو بہت ناقص المنہ ہوتی ہیں اور یا بالکل معدوم ہوتی ہیں۔ اگرچہ وسطی باسلیق ورید عضدی شریان سے علاقہ سمی رکتی ہے لیکن فصد اور نقل الدم اور مصلو

اور جدیرنوں کے درون وریدی شرا

کے لئے اسی ورید کو بالعموم منتخب کیا جاتا ہے۔

اسکو منتخب کرنے کے لئے مندرجہ ذیل وجوہ ہیں۔ یہ

وریدوں میں سے عام طور پر سب سے بڑی اور سب

سے نمایاں ہوتی ہے اور سطح سے قریب ترین ہوتی

ہے۔ مزید برآں یہ سب سے کم حرکت پذیر ورید ہے

اور سب سے کم اختلاف پذیر بھی ہے۔ ذوراسی ہڈی

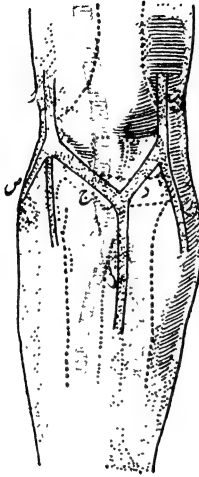
ورید کشکانی (phlebotomy) کے دوران میں

عضدی شریان کے لئے بہرہ میں محافظ کا کام بھی

دیتی ہے۔ اس غشا کی کثافت مختلف ہوتی ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلی نوکی مقدار پر ہوتا

ہے۔ دبے اشخاص میں وسطی باسلیق ورید کو ماتحت شریان سے بعض اوقات تھنضانات وصولی

ہوتے رہتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کا یہ خیال ہے کہ اس ورید کی دیوار میں اکثر اتنی موٹی ہوتی ہیں جتنی کہ



شکل ۶۹ - بائیں کہنی مسانے کی طرف سے۔

ا۔ باسلیق ورید۔ ب۔ قیفالی ورید۔ ج۔ زندگی

پر وسطی باسلیق ورید کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

ح۔ کعبری ورید کی طرف اشارہ کرتا

ہے۔ د۔ کعبری ورید۔ م۔ وسطی ورید۔

ن۔ موخر زندگی ورید۔ عضدی شریان وسطی باسلیق ورید

کے پیچھے سے گزرتی ہے اور کعبری کی گردن کے اندر

کی طرف کعبری اور زندگی شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے

دیتی ہے۔ اس غشا کی کثافت مختلف ہوتی ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر عضلی نوکی مقدار پر ہوتا

ہے۔ دبے اشخاص میں وسطی باسلیق ورید کو ماتحت شریان سے بعض اوقات تھنضانات وصولی

ہوتے رہتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کا یہ خیال ہے کہ اس ورید کی دیوار میں اکثر اتنی موٹی ہوتی ہیں جتنی کہ

ہوتے رہتے ہیں۔ ایک مشاہدہ کا یہ خیال ہے کہ اس ورید کی دیوار میں اکثر اتنی موٹی ہوتی ہیں جتنی کہ

مابقی (popliteal) ورید کی ہوتی ہیں۔ زندگی، کجبری اور وسطی وریدوں کی فصد کھولنے پر شاذ و نادر ہی خون کی کافی مقدار نکلتی ہے کیونکہ یہ عمیق وسطی ورید کے مقام اتصال سے نیچے واقع ہوتی ہیں اور اسلئے انہیں جادہ کی عمیق وریدوں سے خون نہیں آتا۔ عضدی شریان جیسا کہ خیال کیا جاسکتا ہے دوران فصد میں اکثر مجروح ہو چکی ہے اور جس زمانہ میں فصد کار و اج عام تھا کہہنی کے خم پر شریان وریدی انور سما اکثر بنجیا کرتا تھا۔ چونکہ بڑے بڑے عروق لف انہی وریدوں کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور نیز ورید شگافی کے دوران میں ان میں سے بعض مجروح ہونے سے شاذ و نادر ہی بچتے ہیں اسلئے اس عملیہ کے لئے جو طریقے اختیار کئے جاتے ہیں انہیں اگر صفائی کا لحاظ نہ رکھا جائے تو مادہ التهاب عروق لف پیدا ہو جاتا ہے۔

داخلی جلدی (پیش بازو کا وسطی جلدی) عصب کے جو عام طور پر وسطی باسلیق ورید کے سامنے سے گزرتا ہے اس عرق سے خون نکالتے وقت زخمی ہونے کا امکان ہوتا ہے۔

بازو کے داخلی میان عضلی فاصل پر اور اندرونی سر قندال کے سین اور پر ایک لمفی (فوق نرقی: supracubital یا بر بکری: epitrochlear) غدہ ہوتا ہے۔ اس میں پیش بازو کی اندرونی طرف کے بعض سطحی عروق لف داخل ہوتے ہیں اور اندر کی دو باتین انگلیوں کے بھی اسی میں آکر ملتے ہیں۔ بلحاظ محل یہ غدہ جارحہ اعلیٰ کے ان غدہ میں سے جو ہمیشہ پائے جاتے ہیں زیر ترین نہہ ہے۔

اسی محل پر گاہے گاہے ذراعیہ کی اندرونی جانب کی ایک بروں بالید پیدا ہوتی ہے۔

**فوق قندالی زائده** (supracondyloid process) - عضدی شریان اونیزر

وسطی مصب بھی بعض اوقات اس زائده کے نیچے سے اور اندر کی (وسطانی) جانب سے ہو کر گزرتا ہے۔

**عضدی شریان** (brachial artery) بازو کو زور سے خمیدہ کرنے میں

یہ شریان جوڑ کے سامنے کے عضلی تودوں کے درمیان مضبوط ہو جاتی ہے اور کجبری نبض میں بہت تخفیف ہو جاتی ہے اور بعض اوقات یہ بند بھی ہو جاتی ہے۔ کہنی کے خم کے انور سائول کا علاج جارحہ کی خم کردگی سے کیا جا چکا ہے، کیونکہ اس وضع سے انکے تاج پر کم و بیش بلا واسطہ دباؤ پڑتا ہے جوڑ کی پوری سبط کردگی میں یہ شریان چپٹی ہو جاتی ہے اور کجبری نبض میں تخفیف ہو جاتی ہے۔

بیش بڑ کر دگی میں جبکہ ممکن ہے کہ نُرَج (olecranon) بھی کمزور ہو گیا ہو۔ نبض پونہچے پر بند ہو جاتی ہے۔ اس قسم کی کہنی کی جو خمیدگی کی حالت میں استوار ہو گئی تھی زور سے بڑ کر دگی کرنے میں عضدی شریان نشق ہو چکی ہے۔

### زندگی عصب (ulnar nerve) کا جوصل وقوع کہنی پر ہے اسکی وجہ سے

اسکے مجروح ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ اندرونی سرقندال کے پیچھے سے ایک میزباب میں سے گزرتا ہے اور اسکے اوپر یعنی بافت کا ایک پل ہوتا ہے جو اسکی غیر وضعیت کو مانع آتا ہے۔ اس عصب کا اندرونی سرقندال کے سامنے سے گزرنے کا بھی ممکن ہے اور ایک مثال کی بھی اطلاع دی گئی ہے جس میں یہ عصب کہنی کے خمیدہ کرنے پر اس فراز کے اوپر سے پھسل کر سامنے آ جاتا تھا (کواین: Quain)۔ جب زندگی عصب کو (تشدید عصب وغیرہ کے لئے) کہنی کے پیچھے سے معر کیا جاتا ہے تو یہ بعض اوقات ایک عضلہ — برکری مرفقیہ (epitrochleo-anconeus) — سے جوگاہے گا ہے موجود ہوتا ہے پوشیدہ پایا جاتا ہے۔

زندگی عصب کو ضرر پہنچنے کے نتائج پر صفحہ 372 پر بحث کی گئی ہے۔

### کہنی کا جوڑ (elbow-joint)۔ اس جوڑ کی طاقت کا انحصار اتنا رباہات یا

عضلات پر نہیں جتنا کہ عظمی سطحوں کی باہمی موافقت پر ہے۔ نُرَج (olecranon) اور اعلیل نما زائدہ کے تعلقات ذرا عیہ سے ایسے ہیں کہ بعض وضعوں میں اس جوڑ کی قوت بہت کافی ہوتی ہے۔ چونکہ کہنی ایک خالص قبضہ دار جوڑ ہے اسلئے اس میں صرف خم کر دگی اور بڑ کر دگی ہی پائی جاتی ہے۔ یہ حرکتیں ترجمی واقع ہوتی ہیں لہذا خم کر دگی میں کلائی اندر کی طرف کو مائل ہوتی ہے اور ہاتھ کو ترقوہ کے وسطی ثلث کی طرف لاتی ہے۔ اگر مفصلی خط میں ترجہا پن نہ پایا جاتا تو ہاتھ کو اسی طرف کے کندھے پر چپا رکھنا ممکن ہوتا۔ لیکن اس حرکت کا عمل میں لانا صرف جوڑ کے بعض استیصال کے بعد ہی ممکن ہوتا ہے کیونکہ اس عمل میں مفصلی سطحوں کو ترجہا رخ باردیگر نہیں دیا جاتا۔ انتہائی بڑ کر دگی میں جہاں تک زندہ اور ذرا عیہ کے جانبی سطحوں کا تعلق ہے زندگی تقریباً ذرا عیہ کی سیدہ میں واقع ہوتی ہے اور انتہائی خم کر دگی میں دونوں ہڈیوں کے درمیان ۳۰ تا ۴۰ درجہ کا زاویہ بنتا ہے۔

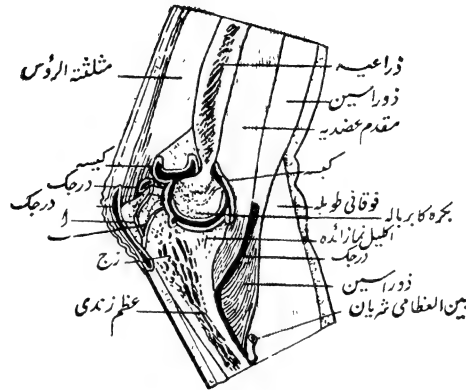
جو عضلات کہنی کے جوڑ پر عمل کرتے ہیں انہیں سے بعض جراح کے لئے خاص دلچسپی رکھتے ہیں جسکی وجہ یہ ہے کہ قرب وجوار کے کسور کے علاج کے دوران میں انکو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ چنانچہ لعظمی التهاب عضلہ (myositis ossificans) کے عضلہ عضلہ یہ مقدم (brachialis anticus) میں پیدا ہونے کا خاص میلان پایا جاتا ہے۔ جب یہ ظاہر ہو جائے تو معالجاتی ذرائع مثلاً مالش اور منفعلی حرکات کو جن سے خراش پیدا ہوتی ہے ترک کر دینا یا انہیں کمی کر دینا ضروری ہوتا ہے اور اس سے مزید آرام کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے۔ مزید برآں ولکٹین کے وقف الدمی شلل اور تقبض (Volkman's ischaemic paralysis and contracture) کے خاص طور پر سرعت سے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے جبکہ کہنی مکمل خم کر دگی کی حالت میں مضبوطی سے باندھ دیگئی ہو یا کلائی پر کسکر جبرہ لگا دیا گیا ہو۔ درم سے پٹی کے کس جانے کے خطرہ کا خیال رکھتے ہوئے جراح کو اپنی دستکاری کا ۶ سے ۸ گھنٹے گزرنے کے بعد ملاحظہ کرنا چاہئے میوفیلیا کے ایک مریض لڑکے میں میں (سی سی جی اس) نے کہنی کے خلع کے بعد وقف الدمی شلل (ischaemic paralysis) کو ظاہر ہوتے دیکھا ہے اور اسکے ساتھ بافتوں میں بہت سائزنی انصباب بھی موجود تھا۔ اس واقعہ میں کوئی پٹی یا جبرہ استعمال نہیں کیا گیا تھا۔

**درجیں (bursae)۔** رُج کے اوپر کی عظیم زیر جلدی درجک اکثر کلائی یافتہ اور ملتبہ پائی جاتی ہے (شکل ۷۰)۔ بعض پیشوں میں جنہیں کہنی پر دباؤ پڑتا ہے یہ اور بڑی ہوجاتی ہے مثلاً ”کان کنوں کی کہنی“۔ ذوراسین کے منہتی پر اسکے اور لہڈی کے درمیان ایک درجک ہوتی ہے اور اسکا جو تعلق کلائی کے اعصاب کے ساتھ ہوتا ہے وہ قابل ذکر ہے۔ مثال کے طور پر ایک واقعہ کی اطلاع ملی ہے جس میں اس درجک میں مزمن کلائی پائی جاتی تھی اور وسطی عصب اور ظہری بن العظامی اعصاب (dorsal interosseus nerves) پر اسکا دباؤ پڑنے کی وجہ سے کلائی کی قوت زائل ہو گئی تھی (اگنیو: Agnew)۔ مثلثیہ الرؤس کے منہتی پر بھی ایک درجک ہوتی ہے (شکل ۷۰)۔

کہنی کے جوڑ کے رباطات میں سے مقدم اور موخر رباطات مقابلہ پتلے ہوتے ہیں اور اس مفصل کے مرض میں جوڑ کے اندر جو سیال ہوتا ہے اسکے دباؤ سے خاصکر موخر الذکر جلد جواب



دیدنیات ہے (شکل ۷۰)۔ داخلی جانبی (زندگی بجانب) رباط اس حصہ کے رباطات میں سے سب سے مضبوط اور سب سے وسیع ہوتا ہے اور یہ اپنی استواری اور وسیع چپیدگی کی وجہ سے اور نیز اس لئے کہ یہ نہ صرف خم کردگی اور بسط کردگی کو ہی محدود رکھتا ہے بلکہ اگر کلائی کو باز و سے باہر طیف کو



نمودار ہوتا ہے جو رُج کے حاشیوں کے ارد گرد پایا جاتا ہے اور اسکی توجیہ ان امور سے ہوتی ہے کہ زللابی کہف یہاں سطح سے قریب ترین ہوتا ہے اور موثر رباط ڈھیلا ڈھالا اور پتلا ہوتا ہے۔ نیز کجبری ذراعیتی مفصل کے خط پر بھی کیس قدر ورم جلد ہی دیکھنے میں آ جاتا ہے اور اس مقام پر توج کا پایا جانا انصبا مفصل کو مثلثہ الرؤس کے نیچے کی درجہ کی سادہ کلافی سے تمیز کرتا ہے عینی ورم مقدم رباط کے پتلا ہونے کی وجہ سے جوڑ کے سامنے عضلہ عضدیہ مقدم (brachialis anticus) کے نیچے بھی محسوس کیا جاسکتا ہے اور خارجی سر قندال کے ارد گرد یہ آخر میں ظاہر ہوتا ہے۔ داخلی (زندہی جانب) رباط کی کثافت زللابی غشا کو اندر کی طرف ابھرنے سے باز رکھتی ہے۔

جب اس جوڑ میں قیغ پیدا ہو جاتا ہے تو پیپ اوپر کی اور نیچے کی طرف ذراعیتہ اور مثلثہ الرؤس کے درمیان چلکر سطح تک نہایت آسانی سے پہنچ جاتی ہے اور اسلئے خراج کا منہ عام طور پر اس عضلہ کے کسی ایک کنارہ پر بن جاتا ہے۔ بعض اوقات پیپ سامنے کی طرف عضلہ عضدیہ کے نیچے چلی جاتی ہے اور اس عضلہ کے منہ کی قریب باہر نکل جاتی ہے۔ مرض زدہ کہنی کا میلان نصف خم کردگی کی حالت میں رہنے کی طرف ہوتا ہے اور یہ معلوم کرنا دلچسپی کا باعث ہوگا کہ یہ جوڑ اسوقت بھی یہی وضع اختیار کر لیتا ہے جبکہ اس میں زور سے اثرات کئے جائیں (برون : Braun)۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ اس جوڑ میں نصف خم کردگی کی حالت میں سیال کی سب سے بڑی مقدار سما سکتی ہے۔

کہنی کی عضلی استواری کے سلسلہ میں جو مرض کی معکوس تلاش سے پیدا ہوئی ہو یہ معلوم کر لینا مناسب ہوگا کہ اس مفصل کے تمام اعصاب خاص کر عضلی مرغولی (musculo-spiral) اور عضلی جلدی (musculo-cutaneous) اس پر فعل کرنے والے عضلات کو رسد پہنچاتے ہیں۔ زندگی عصب کا جو تعلق اس جوڑ سے ہے اس سے ان واقعات کی توجیہ ہو جاتی ہے جن میں اس عصب کے تفرع کے مناظر حصوں میں کلائی کے ساتھ ساتھ اور انگلیوں میں شدید درد محسوس ہوتا ہے۔

کعبہ کا بالائی برالہ اور ذراعیتہ کے زیرین برالہ کا بیشتر حصہ دروں زللابی ہوتا ہے یعنی یہ جوڑ کے کیسہ کے اندر آ جاتے ہیں (شکل ۱۷)۔ زندہ کے بالائی برالہ کا جو نسبتاً چھوٹا ہوتا ہے صرف کچھ حصہ ہی کیسہ کے اندر واقع ہوتا ہے (شکل ۱۸)۔

**کہنی کے خلوع**۔ یہ بہت سے ہیں اور انکو اس طرح ترتیب دیا جاسکتا ہے۔ (۱)

317

کعبہ اور زند دونوں کے خلوع یا تو پیچھے کی طرف، یا باہر کی طرف، یا اندر کی طرف، اور یا آگے کی طرف (علی الترتیب بلحاظ کثرت وقوع)۔ (۲) صرف کعبہ کے خلوع یا تو آگے کی طرف، یا پیچھے کی طرف، اور یا باہر کی طرف (علی الترتیب بلحاظ کثرت وقوع)۔ (۳) صرف زند کا خلوع پیچھے کی طرف۔

ان مختلف الانواع خلوع کے سلسلہ میں بعض عمومی تشریحی امور کا تمہیداً بیان کرنا مناسب ہوگا۔

(ا) مقدم موخر خلوع جانبی خلوع کے مقابلہ میں بہت کثیر الوقوع ہیں۔ مقدم موخر رخ میں جو خلوع واقع ہوتے ہیں وہ زیادہ کثیر الوقوع ہیں، کیونکہ اس جوڑ کی حرکتیں اسی رخ میں واقع ہوتی ہیں اور ذراعہ کی مفصلی سطح آگے سے پیچھے کی طرف کو نسبتاً چھوٹی ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے کہنی میں طبعی طور پر کوئی جانبی حرکت نہیں پائی جاتی اور اس مفصل کا عرض ایک جانب سے دوسری جانب تک معتدبہ ہوتا ہے۔ مقدم موخر بالمات کمزور اور جانبی (مجانب) رابطات مضبوط ہوتے ہیں۔

(ب) کلپائی کی دونوں ہڈیاں اکیلی کعبہ یا اکیلی زند کی نسبت زیادہ کثرت سے محلولوع ہوتی ہیں۔ اس امر کا انحصار ایک طرف تو کعبہ اور زند کے باہمی رابطی تعلق پر ہے، اور دوسری طرف ذراعہ اور کعبہ کے اس قسم کے باہمی تعلق کی عدم موجودگی پر۔ مردہ موضوع میں پیش بازو کی دونوں ہڈیوں کو محلولوع کرنا مشکل نہیں ہوتا۔ مگر کعبہ کو زند سے بافتوں کو زیادہ توڑنے یا پھاڑنے کے بغیر علیحدہ کرنا نہایت مشکل ہوتا ہے۔

(ج) اکٹھی دونوں ہڈیوں کا عام ترین خلع پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے اور آگے کی طرف کو یہ سب سے زیادہ نادر الوقوع ہے۔ قبل الذکر حالت میں حرکت کو چھوٹا سا اکیل نما زائدہ اور موخر الذکر میں بڑا اور خم دار رُج مزاحم آتا ہے۔ اسی قسم کے اسباب کی وجہ سے باہر کی طرف کا خلع اندر کی طرف کی غیر وضعیت سے کم نادر ہے کیونکہ ذراعہ کی مفصلی سطح اندر کی طرف سے نیچے کی اور اندر کی طرف کو ہٹا ہوتی ہے اور اسلئے اس حصہ میں بنیادہ رکاوٹ

پیش کرتی ہے۔

(۷) اگر ایک ہی ہڈی مخلوع ہوتی ہے تو وہ بالعموم کعبہ ہوتی ہے۔  
ایسا اس ہڈی اور ذراعیہ کے درمیان قابل اعتماد اتحاد موجود نہ ہونے اور کعبہ کے (جو ہاتھ کا دستہ ہے) بلا واسطہ ضرب کے زیادہ حد تک معرض اثر میں رہنے اور نیز اسکے زیادہ حرکت پذیر ہونے سے ہوتا ہے۔ یہ خلع بالعموم آگے کی طرف کو واقع ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ جس قسم کے ضربات کا رجحان اس ہڈی کو اکثر اپنی جگہ سے ہٹا دینے کی طرف ہوتا ہے اسی قسم کے ضربات کا رجحان اسکو آگے کی طرف کو کھینچنے کی طرف بھی ہوتا ہے۔ پالٹ (Paulet) اس امر پر زور دیتا ہے کہ حلقہ ناربط (annular ligament) کا موخر حصہ مقدم حصہ کی نسبت ”کہیں زیادہ موجب مزاحمت“ ہوتا ہے۔ اکیلی زند کا خلع پیچھے کے رخ میں واقع ہوتا ہے اور اسکے وجہ معلوم ہی ہیں۔

جل اقسام کے خلوع جزوی بھی ہوتے ہیں اور مکمل بھی۔ جب یہ مقدم موخر رخ میں واقع ہوتے ہیں تو بالعموم مکمل ہی ہوتے ہیں اور جب غیر وضعیت جانی ہوتی ہے تو یہ جزوی ہوتے ہیں۔

کہنی کے خلع کی صرف انہی دو قسموں پر جو عام طور پر پائی جاتی ہیں اب ذرا تفصیل کے ساتھ بحث کی جاسکتی ہے۔

## دونوں ہڈیوں کی خلفی غیر وضعیت۔ یہ جبری بسط کردگی میں واقع ہو جاتی ہے

اس میں نرج (olecranon) کی چوٹی جو ذراعیہ پر دباؤ ڈالتی ہے دوسری قسم کے بیرم کے نصاب کا کام دیتی ہے جسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سیننی (sigmoid) یا نیم گولی (semilunar) کٹاؤ بکرہ سے دور ہٹ جاتا ہے۔ کلائی پر پیچھے کی یا اوپر کی سمت میں شدت کا زور پڑنے سے حقیقی غیر وضعیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس حالت کی توضیح دوڑتے ہوئے مکمل طور پر بسط کردہ ہاتھ کے بل گرنے کی مثال سے کی جاسکتی ہے۔ یہ ضرر جارح کے بعض شدید مروڑوں سے پیدا ہو سکتا ہے مائل گین (Malgaigne) کی یہ رائے ہے کہ مروڑ کی خاص قسم جو خلع پیدا کرنے کے لئے سب سے زیادہ موثر ثابت ہوتی ہے وہ ہے جبکہ کہنی کی نصف خم کردگی کی حالت میں کلائی کو اندر کی طرف کو مروڑا جائے۔ اس طرح داخل جانی رباط پھٹ جاتا ہے اور اکیلی نما زائدہ ذراعیہ کے نیچے

819

اندر کی اور نیچے کی طرف کو بل کھا جاتا ہے، اور اس طرح ہڈیاں پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتی ہیں۔ جوڑے کے مکمل طور پر خم کردہ ہونے کی صورت میں اس ضرر کا پیدا ہونا مشکل ہے۔ خلع کی مکمل حالت میں اکلیل نما زائندہ زنجی حفرہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور یہ اس جوف میں مشل ہی سے داخل ہوتا ہے (جیسا کہ بعض اوقات بیان کیا جاتا ہے) کیونکہ یہ زندا اور کعبہ کے درمیانی تعلق کی وجہ سے اور موخر الذکر کے ذراعیمہ کے بیرونی سر قندال کے پیچھے نکل جانے سے اس حفرہ میں گر نہیں سکتا۔

مقدم اور دونوں جانبی رابطات بالعموم کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور موخر اوسطہ خارجہ رابطات بچ جاتے ہیں۔ ذراعیمین ذراعیمہ کے یون سرے پر سے کچھ جاتا ہے اور اوسط درجہ تک تنیدہ ہو جاتا ہے۔ عضلہ عضدیہ بہت تنجا جاتا ہے اور انٹرنیٹ جاتا ہے۔ سرفقیہ (anconeus) بھی تنیدہ ہو جاتا ہے۔ وسطی اور زندگی اعصاب بھی بعض اوقات حد سے زیادہ کچھ جاتے ہیں۔

## ۲۔ کعبہ کی مقدم غیر وضعیت۔ یہ ہڈی کو پیچھے کی طرف سے بلا دھل

چوٹ پہنچنے یا انتہائی اکباب (pronation) یا بسل کردہ اور کتب ہاتھ کے بل گرنے سے پیدا ہوتی ہے۔ مقدم خارجی اوسطہ خارجہ رابطات پھٹ جاتے ہیں۔

## کہنی کی موج ('کچی ہوئی کہنی') (pulled elbow)۔ ۵۔ سال سے کم عمر کے

بچوں میں جارحہ کو بطور حالت میں زور سے کھینچنے سے بعض اوقات کعبہ علاقہ نما رباط میں سے نیچے کی طرف کو پھسل جاتی ہے اور یہ رباط اوپر کی طرف کو ہٹ جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جہ کہنی کے عضلات کو معمولی معکوس انقباض کے لئے وقت ملنے سے پیشتر ہی ٹل میں آ جاتا ہے۔ لہذا جب بچہ ہاتھ سے کڑکرا اور اٹھایا جاتا ہے تو تمام وزن عضلات کی بجائے کہنی کے رابطات پر پڑتا ہے اس قسم کے خلع کی مزاحمت کرنے والے رابطات صرف یہی ہیں، (۱) ترچھا زندگی کعبہ رباط (۲) علاقہ نما رباط کے نیرین ریشے جو سر کو کپڑے بوتے ہیں۔ کب حالت میں کہنی کو خمیدہ کرنے سے مذکورہ رباط اپنے طبعی محل پر آ جاتا ہے۔

ذراعیمہ کے نیچے کے سرے کے کسور۔ یہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) سرقندالوں کے

عین اوپر کا ایک کسر۔ (۲) ٹی (T) کی نخل کا کسر جس میں جوڑ بھی مآوف ہوتا ہے۔ (۳) داخل

یا وسطانی اور (۲) خارجی یا جانبی قندالی حصوں کے سرے۔ (۵) اندرونی سر قندال کا کسر اور (۶) نیچے کے برابر کے سین اوپر سے علیحدگی۔ یہ تمام کسور بچوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

۱۔ یہ کسر جو بعض اوقات "سر قندالوں کے قاعدہ پر کا کسر" کہلاتا

320

ہے بالعموم جفۃ زُج کے ذرا اوپر جہاں ذراعیہ کی پوری پھیلنا شروع ہوتی ہے واقع ہوتا ہے۔ یہ عموماً ایک جانب سے دوسری جانب تک مستعرض واقع ہوتا ہے اور پیچھے سے نیچے کی اور سامنے کی طرف کو ترچھا ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ کسی ایسی چوٹ کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہنی کے سرے پر لگی ہو۔ زُج کی نوک ہڈی میں دفعۃً گھس کر شائد فائدہ کے سرے کی طرح عمل کرتی ہے اور اس کسر کے پیدا کرنے میں ایک اہم فعل سر انجام دیتی ہے۔ نیچے کا محکوم اپیش بازو کی ہڈیوں کے ساتھ ہی ثلثۃ الرؤس کی وجہ سے عام طور پر پیچھے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور اسی عضل اور ذوراسین اور عضلہ عضدیہ کی وجہ سے اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے۔ وسطی اور زندگی مصائب کو اور بالخصوص مونخر الذکر کو بعض اوقات شدید نقصان پہنچتا ہے۔

۲۔ "ٹی" (T) کی شکل کا کسر "قبل الذکر ضرر کی ہی ایک قسم ہے سر قندالوں

سے اوپر مستعرض کر واقع ہونے کے علاوہ ایک انتصابی کسر بھی موجود ہوتا ہے جو جوڑے کے اند تک جاتا ہے۔ چنانچہ نیچے کا محکوم دو حصوں میں منقسم ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت دیسی ہی ہوتی ہے۔ یہ کسر عام طور پر خمیدہ کہنی کے بل گرنے سے پیدا ہوتا ہے اور یہاں بھی یہ ممکن ہے کہ زج کا سرابی فائدہ کے طور پر کام کرتا ہو اور کسر پیدا کر دیتا ہو اور نیز زند کے ہلالی کٹاؤ کے وسط پر جو نمایاں حید ہوتا ہے وہ دوسرے فائدہ کا کام دیتا ہو اور جوڑے کے اند تک کا مستعرض کسر پیدا کرتا ہو۔

جراحی مقاصد کے لئے یہ مناسب ہے کہ ذراعیہ کے بعد می مفصلی سرے کے ہر ایک رقبہ کو جس پر سر قندال واقع ہوتا ہے قندالی حصہ کے نام سے موسوم کیا جائے۔ اگر صحیح صحیح کہا جائے تو سر قندال جوڑے کے کیسہ کے باہر واقع ہوتے ہیں اور قندالی حصے اس کے اندر تک چلے جاتے ہیں۔

۲۔ داخلی یا وسطانی قندالی حصہ کے کسر میں خط مفصل بالعموم

وسطی سرقندال کی نوک کے نصف انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے (اور اسلئے یہ جوڑ سے باہر ہوتا ہے) اور زج اور اکیل نما حضہ میں سے باہر کی طرف کو ترچے رخ میں گذر کر بکری سطح کے مرکز پر سے ہوتا ہوا مفصل کے اندر داخل ہو جاتا ہے (ہیملٹن: Hamilton)۔ یہ کڑا اکثر اوپر کی نیچے کی اور اندر کی طرف کو ذرا ہٹ جاتا ہے اور زند بھی اس کے ساتھ ہی جاتی ہے۔

321

## ۴۔ خارجی یا جانبی قندالی حصہ کے کسر میں بھی خط فصل خارجی

سرقندال کے اوپر سے اور جوڑ کے باہر سے شروع ہوتا ہے اور نیچے کی طرف کو جا کر عام طور پر بکری سطح اور اس سطح کے درمیان میں سے جو کجہہ کے لئے ہوتی ہے جوڑ میں داخل ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت خفیف اور تغیر پذیر ہوتی ہے۔

## ۵۔ خارجی سرقندال کا کسر اسکے منفر الجسامت ہونے کی وجہ سے

شاذ و نادر ہی مکن ہوتا ہے۔ مگر داخل یا وسطانی سرقندالوں کے کسر کافی عام ہوتے ہیں اور جوڑ غیر متاثر رہتا ہے (شکل ۷)۔ یہ سرقندال ایک علحدہ برالہ کی شکل میں موجود ہوتا ہے جو ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے اور جو اس عمر سے قبل کسی وقت بھی بلا واسطہ ضرب یا شدید عضلی فعل سے علحدہ ہو سکتا ہے۔ چونکہ یہ کشیف صفاقی ریشوں سے پوشیدہ ہوتا ہے اسلئے عریض غیر وضعیت عام طور پر واقع نہیں ہوتی اور جب یہ واقع ہوتی ہے تو یہ مشترک خم کن مصلات کی سیدہ میں ہوتی ہے جو اس زائدہ کی نوک سے نکلتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں زندگی عصب کو جو اس زائدہ کی دوسری طرف پر واقع ہوتا ہے اکثر نقصان پہنچ جاتا ہے

۶۔ نیچے کا برالہ (شکل ۷)۔ ذراعیہ کے غضروفی زیریں سرے میں چار تعظمی مرکز ظاہر ہوتے ہیں جو مندرجہ ذیل ہیں: (۱) ایک تار کچھ (capitellum) اور بکرہ (trochlea) کے جانبی نصف کے لئے۔ ۲ ۱/۲ سال پر۔ (۲) داخل سرقندال کے لئے، ۵ سال پر۔ (۳) بکرہ کے وسطانی نصف کے لئے، ۱ سال پر۔ اور (۴) خارجی سرقندال کے لئے، ۱۲ سال پر۔ ذراعیہ کے زیریں سرے کی مفصلی سطح میں یہ ایک غیر معمولی خاصہ پایا جاتا ہے کہ اس میں دربالہ کا کچھ حصہ شامل ہوتا ہے، کیونکہ موٹالہ لکڑی کی ایک پتلی سی دبی بکرہ اور داخل

سرقندال کے درمیان حائل ہوتی ہے۔ تارکچی، بکری اور خارجی سرقندالی مراکز تقریباً سن بلوغ پر متحد ہوتے ہیں اور ان سے اُٹلی بر بالہ بنتا ہے۔ ذراعیہ جو اس طرح طیار ہوتا ہے قسمتِ ریباً سترہویں سال پر پوری سے مل جاتا ہے۔ داخلی سرقندالی بر بالہ اٹھارویں یا انیسویں سال تک علحدہ رہتا ہے اور اسلئے بر بالی خط دو حصوں پر منقسم پایا جاتا ہے اور اس کی تشکیل بے قاعدہ ہوتی ہے۔ یہ جوڑ کے کیسے کے اندر

اور باہر دونوں طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱۷)۔

اور اسکا محل اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے

جو خارجی سرقندال کے اوپر کے کنارہ سے نیکر

داخلی سرقندال کے زیرین کنارہ تک کھینچا جائے۔

زیرین بر بالہ پوری سے ۱۷ سال کی عمر پر ملتا ہے۔

چنانچہ ۱۷ سال کے بعد ہڈی کی بالیدگی کا انحصار

لازمی طور پر بالائی بر بالہ کی فعالیت پر ہوتا ہے،

جو ۲۰ سال کی عمر تک متحد نہیں ہوتا۔ لہذا سولہ

یا سترہ سال کی عمر سے پہلے کہنی کا استیصال

(excision) کرنے سے جارحہ کا نمونہ نہیں

ہوگا، خواہ آری بر بالی خط سے بھی تجاوز کر گئی ہو۔

بہر کیف بہت سے ایسے واقعات کے متعلق اطلاع

موصول ہوئی ہے جن میں سولہ سال کی عمر سے پہلے

نیچے کے بر بالہ کو اور بیس سال کی عمر سے پیشتر اوپر

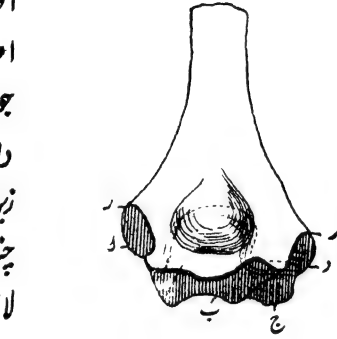
کے بر بالہ کو چوٹ آنے سے جارحہ کی بالیدگی نمایاں طور پر بند ہو گئی تھی۔ چونکہ بر بالی خط کا زیادہ

حصہ کیسے کے اندر ہوتا ہے اسلئے بعد ہی تودہ کے علحدہ ہو جانے سے اسکے پیچھے کی طرف ذراع کرک جانا

کے علاوہ اور کوئی غیر وضعیت واقع نہیں ہوتی۔ لیکن جس حالت کو نیچے کے بر بالہ کی علحدگی کہا جاتا

ہے اور وہ عام طور پر دیکھنے میں بھی آتی ہے وہ اکثر حقیقت میں بر بالی حصہ کے عین اوپر

سے پوری کا کسر ہوتا ہے۔ مگر کم عمر بچوں میں ہر ایک بر بالہ اور خاص کر وہ بر بالہ جو داخلی سرقندال



شکل ۱۷۔ ذراعیہ کا زیرین بر بالہ پیچھے کی طرف سے۔

۱۔ داخلی سرقندال کا مرکز۔ ب۔ ج۔ د۔

متحدہ مراکز بکرہ، تارکچی اور خارجی سرقندال کیلئے۔

س۔ م۔ بر بالی خط۔ کیسے کی چسپیدگی سرخ

خطوں سے ظاہر کی گئی ہے۔

کے لئے ہوتا ہے حقیقی طور پر علحدہ ہو سکتا ہے۔



## بالائی جارحہ کے بر بالے کہنی پر کے بر بالے اپنی اپنی ہڈی کی پوری سے

323

۷ سال کی عمر پر متحد ہو جاتے ہیں (سوائے خارجی قنڈال کی نوک کے جو ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتی ہے)۔ ہڈیوں کے کندھے اور کلائی کی طرف کے سروں کے بر بالے ۲۰ سال کی عمر پر متحد ہوتے ہیں۔ تینوں ہڈیوں کی مغزی قنایں کہنی کی طرف کو جاتی ہیں۔ ذراعیہ کی مغزی شریان عضدی شریان یا تھمنا نی عمیق (inferior profunda) شریان سے نکلتی ہے اور کعبہ اور زند کی مغزی شریانیں مقدم بین العظامی سے نکلتی ہیں۔

## زنج کے کسور ذراعیہ کے نیچے کے سرے یا زند کے اوپر کے سرے پر بلا واسطہ چوٹ

لگنے سے پیدا ہوتے ہیں اور چند واقعات میں یہ شدید بالواسطہ چوٹ سے بھی ظاہر ہو جاتے ہیں۔ عضلی فعل سے کسر پیدا ہونے کی مثالیں چند ہی ہیں اور ان پر کچھ کچھ اعراض کیا جاسکتا ہے کسر اس زائدہ کے وسط کے قریب مین وہاں جہاں یہ تنگ ہونا شروع ہو جاتا ہے نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے اور یہ بالعموم تعرض ہوتا ہے مشکتہ الرؤس کی وجہ سے جو یہ وضعیت واقع ہوتی ہے وہ اختلاف پذیر ہوتی ہے اور اس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ اس زائدہ پر کا گرد غظمہ اور اس سے چسپیدہ رباہات کس حد تک دریدہ ہوئے ہیں۔ زنج کا زیادہ تر نمونہ زندگی پوری سے ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ مگر اس زائدہ کی چوٹی پر چھلکے کی طرح کا ایک بر بالہ بھی ہوتا ہے جو بقیہ زنج سے ۷ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے۔ گاہے گاہے ایک اور بر بالی مرکز بھی نمودار ہو جاتا ہے جس سے زنج کا بالائی ثلث لمبا رہتا ہے (شکل ۷۱)۔ کم عمر موضوعات میں چھلکے کی طرح کا یہ بر بالہ بعض اوقات چوٹ سے علحدہ ہو جاتا ہے، یا غضروفی زنج بقیہ ہڈی سے جدا ہو جاتا ہے۔ بالغوں میں زنج کا عام کسر بر بالی خط کی متابعت نہیں کرتا۔

## اکلیل نما زائدہ کا کسر ایک نہایت ہی نادر الوقوع حادثہ ہے اور

یہ بعض اوقات زند کے عقبی خلع میں پیدا ہوتا ہے۔ یہ سمجھ میں آنا ناممکن ہے کہ یہ زائدہ عضلہ عضدیہ مقدم کے فعل سے کس طرح ٹوٹ جاتا ہے، در آنحالیکہ یہ عضلہ اس زائدہ پر مٹتی ہونے کی بجائے زند پر اس مرمیہ کے قاعدہ پر مٹتی ہوتا ہے (شکل ۷۰)۔ نیز یہ بر بالہ کی طرح بھی

علحدہ نہیں ہو سکتا، کیونکہ اسکی حیثیت بر بال کی نہیں ہے۔

## کعبہ کے سر یا اس کی گردن کے کسور نادر الوقوع ہیں۔ اور یہ

بالعموم خلع یا دوسری سخت چوٹوں کے ساتھ ظاہر ہوتے ہیں۔ سر عام طور پر یا تو شقی ہو جاتا ہے اور یا اس میں ستارہ کی طرح کا کسر پایا جاتا ہے۔ اور اگر ضرر سر تک ہی محدود ہو تو یہ صرف لاشعاعوں کی مدد ہی سے تشخیص کیا جاسکتا ہے کعبہ کا بالائی بر بال تمام حلقہ نما رباط کے حدود کے اندر ہوتا ہے اور سادہ نہر میں مشتمل ہی سے علحدہ ہو سکتا ہے۔ یہ غضروف کے صرف ایک قرص ہی کی حیثیت رکھتا ہے۔ اور ۷ سال کی عمر پر پوری سے متحد ہوتا ہے۔ جب اس ہڈی کی گردن ٹوٹ جاتی ہے تو نیچے کا ٹکڑے کا اوپر کا سرا عضل ذوراسین سے بخوبی اوپر کو کھینچ جاتا ہے۔

324

## کہنی کا استیصال جزئی (resection of elbow) بہت سے

طریقوں سے کیا جاسکتا ہے اور ان تمام طریقوں میں عصب زندگی کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے اور نمایاں داخلی سر قذال کو صاف کرنے میں اکثر تکلیف پیش آتی ہے۔ اگر چاقو ہڈی سے قریب رکھا جائے تو چھوٹا بڑا کوئی عرق نہیں کٹتا۔ جن عضلات میں زیادہ خلل اندازی ہوتی ہے وہ مرفقیہ (anconeus) باطن (supinator)، عضل باسطہ زندیہ (extensor carpi ulnaris)، عضل باسطہ کعبیہ قصیرہ (extensor carpi radialis brevis) اور عضلہ (brachialis) ہیں۔ زج کے اوپر کے گرد عضلہ کو اور مثلثۃ الرؤس کے وتر کے خارجی جانبی پھیلاؤ کو جو کلائی کی عمیق روتا تک پہنچتا ہے بچانا نہایت اہم ہوتا ہے تاکہ یہ عضلہ بعد میں بھی بطور باسطہ کے فعل کر سکے۔ عضلہ عضدیہ کے ہنٹی کو کاٹنے کی کبھی ضرورت نہیں ہوتی اور ذوراسین کے ہنٹی کو کاٹنے کی اس سے بھی کم ضرورت ہوتی ہے، گو قبل الذکر کے چند ریشے زند کی بالائی سطح کو دور کرتے وقت علحدہ کئے جاسکتے ہیں۔ ان تمام حصوں پر سے جبکہ استیصال جزئی منظور ہوتا ہے گرد عضلہ زیر گرد عضلی طریقہ سے با احتیاط اتار لیا جاتا ہے اور اسے محفوظ رکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے مثلثۃ الرؤس کا اثر زندگی پر باقی رہتا ہے اور جوڑ کی تجدید زیادہ مکمل ہوتی ہے۔ استیصال جزئی کے بعد خامر جب کہ یہ زیر گرد عضلی طریقہ سے سر انجام دیا جائے جوڑ کے افعال بخوبی بحال ہو جاتے ہیں۔ لیکن یہ ظاہر ہے کہ مفصل کی تشریحی تفصیل کسی طریقہ سے بھی واپس

325

نہیں آتیں۔ چنانچہ کامیاب عملیہ میں نیا جوڑ ذو کعبیتی (bimalleolar) شکل اختیار کر لینگا۔ اور کہنی کے جوڑ کی نسبت ٹخنے کے جوڑ سے زیادہ مشابہ ہوگا۔ ذرا عیب سے طبعی تندرالوں کی جگہ دو کعبیہ پیدا ہو جاتے ہیں اور انکے درمیان قعر میں زند اور کعبہ واقع ہوتے ہیں۔ زند اور ذرا عیب کے درمیان جدید رابطات پیدا ہو جاتے ہیں اور کعبہ کے لئے ایک نیا حلقہ نارابط بن جاتا ہے۔ بخلاف اسکے اگر جڑ ناگزیر ہو تو ایسے ذرائع ضرور اختیار کرنے چاہئیں جن سے مثبتیت موزوں ترین زاویہ پر واقع ہو۔ تجربہ سے یہ ثابت ہوا ہے کہ جاسمی کہنی اس وقت مفید ترین ثابت ہوتی ہے جبکہ پیش بازو بازو پر تقریباً ۶۰ درجہ کے زاویہ پر قائم کر دیا گیا ہو۔ اس زاویہ پر ہاتھ منھ تک لایا جاسکتا ہے۔ ہاتھ حالت بطح میں ہونا چاہئے۔ اگرچہ یہ وضع نسبتاً بد نما دکھائی دیتی ہے، مگر جارحہ مسطوح حالت ہی میں زیادہ مفید ثابت ہوتا ہے۔ حالت کباب حسب خواہش میان کتنی صدری حرکات سے حاصل کیجا سکتی ہے۔

### کہنی پر بڑے بڑے اعصاب کا محل - عضل مرغولی (musculo-)

(spiral) (کعبی: radial) عصب خارجی سر قنار کے سامنے عضدیہ کعبیہ (brachio-radialis) کے نیچے پایا جاتا ہے جہاں یہ موضعین العظامی (posterior interosseus) اور کعبی زیر جلدی (radial subcutaneous) شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ عصب سلی (median) شریان عضدی کے اندرونی کنارہ پر واقع ہوتا ہے اور زندی (ulnar) عصب داخلی سر قنار کے پیچھے کے میزاب میں موجود ہوتا ہے (دیکھو صفحہ 313)۔

# باب چہارم

## پیش بازو

(THE FOREARM)

سطحی تشریح - یہ جارح اپنے بالائی نصف پر اور خاص کر بالائی ثلث پر متعرض  
 قطر میں مقدم موخر قطر کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ اس مقام پر کی تراش کا خاکہ کستقد  
 بیضوی ہوتا ہے اور نیز یہ سامنے کی طرف سے چپٹا اور پیچھے کی طرف سے محدب ہوتا ہے۔  
 یہ خاکہ قوی العضلات موضوعات میں بہترین طور پر نظر آتا ہے اور اسکا انحصار زیادہ تر  
 عضلات کے ان جانبی تودوں پر ہے جو سر قندالوں سے نیچے اترتے ہیں۔ ضعیف العضلات  
 اشخاص میں اس جارح کے خاکہ کا رجحان بلند ترین حصہ پر بھی بیضوی ہونے کی بجائے مدور  
 ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ مزید برآں عورتوں اور بچوں میں یہ جارح جانبی عضلی تودوں کے  
 بہت کم نمو یافتہ ہونے اور سامنے کی اور پیچھے کی طرف چربی جمع ہونے کی وجہ سے گول  
 ہوتا ہے۔

مضبوط موضوع میں پیش بازو کی موخر سطح کے باہر کے کنارے پر ایک ارتفاع پایا جاتا  
 ہے جو عضلہ عضد یہ کعبیہ (brachio-radialis) اور دو کعبی باسط عضلات (radial  
 extensors) سے بنتا ہے اور یہ عضلات اس کنارے کے وسط سے نیچے وتری ہو جاتے ہیں۔

اس کنارہ کے زیرین ثلث پر ایک چھوٹا سا فراز ہوتا ہے جو توجھے رخ میں نیچے کی اور باہر کی اور آگے کی طرف کو جاتا ہے۔ یہ فراز انگوٹھے کے باسط عضلات کے گزرنے سے بنتا ہے۔ موخر سطح کے وسط پر ایک اور ارتفاع ہوتا ہے جو بیرونی (جانبی) قندال سے نیچے کی طرف آتا ہے اور زیر یاد تر باسط مشترکہ (extensor communis) سے بنتا ہے۔ اس فراز کے اندر کی طرف ایک میزاب ہوتا ہے جو بہت قوی العضلات اشخاص میں اچھی طرح سے دکھائی دیتا ہے۔ یہ زند کے موخر ظہری کنارہ کو ظاہر کرتا ہے۔

327

زند شروع سے لیکر آخر تک زیر جلدی ہوتی ہے اور اسکا امتحان آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ کعبہ کا بالائی نصف حصہ آنا گہرا واقع ہوتا ہے کہ آسانی شناخت نہیں کیا جاسکتا، لیکن اس لمبی کا زیرین نصف حصہ جلد کے نیچے آسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔

کبری شریان کا ممر اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو کہنی کے خم پر سے ذوراسین کے وتر کے بیرونی کنارہ سے لیکر کعبہ کے زائدہ ابریہ (styloid process) کے سامنے تک کھینچا جائے۔ نبض زائدہ ابریہ اور عضلہ قابضہ رسیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان محسوس کیجاتی ہے جہاں یہ کعبہ کے بعدی سرے پر ممکن ہوتی ہے۔ زندگی شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو خفیف سے بیرونی انقار کے ساتھ پیش مرفعی مفرہ کے وسط سے لیکر اس خط کے وسطی اور بالائی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال تک کھینچا جائے جو اندرونی سرقندال کو عظم مشنگہ (pisiform bone) کی کبری طرف سے ملاتا ہوا ایکے بعد ایس دوسرے خط کی متابعت کرتی ہے۔ زندگی عصب اس سرقندالی مشنگی خط کے تمام طول کا متناظر ہوتا ہے۔

ان اوتار وغیرہ کا ذکر جن کا مظاہرہ پیش بازو کے نیچے کے سرے پر کیا جاسکتا ہے

پونچے کے بیان میں کیا جائیگا۔

**عروق۔ کبری شریان کا اوپر کا حصہ عضلہ عضدیہ کبریہ (باطلہ طویل)**

کی اندر کی کور کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ گر پیش بازو کے زیرین حصہ میں یہ اس عضلہ سے پوشیدہ نہیں ہوتی بلکہ اسکے وتر اور عضلہ قابضہ رسیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کے وتر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اوپر سے لیکر نیچے تک اسکے گہرے تعلقات یہ ہیں:۔ ذوراسین کا

وتر۔ عضلہ بالٹمہ قصیرہ (supinator brevis) عضلہ کا بہ مد لمجہ کبریہ (pronator radii teres) عضلہ قابضہ سطحیہ اصبعیہ (flexor sublimis digitorum) کا کبری سر۔ عضلہ قابضہ طویلہ ابهامیہ (flexor longus pollicis) عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) اور کجروہ۔ اسکے خط کے اوپر شکاف دیکر اور عضلہ عضدیہ کبریہ کو باہر کی طرف ہٹا کر اسے آسانی سے حاصل کیا جاسکتا ہے۔

### زندگی شریان (ulnar artery) اُس خط کی متابعت کرتی ہے جس کا ذکر

پہلے کیا جا چکا ہے۔ اپنے بالائی ایک تہائی ترچھے حصہ میں یہ عضلہ کا بہ مد لمجہ کبریہ (pronator radii teres) کے دونوں سروں کے نیچے گہری چلی جاتی ہے! اور یہاں یہ عصب وسطی سے اس عضلہ کے گہرے سر سے علحدہ ہوتی ہے۔ اس کے بعد یہ عضلہ قابضہ اصبعیہ عمقیہ (flexor profundus digitorum) کے اوپر سے اور عضلہ قابضہ رنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis)، عضلہ راحیہ طویلہ (palmaris longus) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor sublimis digitorum) کے نیچے سے گذرتی ہے۔ نیچے کا انتصابی دو تہائی حصہ عضلہ قابضہ رنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے ہوتا ہے، سوائے اس حصہ کے جو پہونچنے کے قریب ہوتا ہے اور جو عضلہ قابضہ رنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ان عضلات میں سے قبل الذکر اندر کی طرف اور موخر الذکر باہر کی طرف ہوتا ہے۔ زندگی عصب اس شریان کے زیرین دو تہائی حصہ کی اندرونی طرف کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔

کبری اور زندگی شریان کے درمیان نفہم نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور یہ ان کے تقریباً تمام عمروں میں پایا جاتا ہے۔ لہذا ایسا اکثر ہوتا ہے کہ زوف کو بند کرنے کے لئے لٹے چوہ عرق کے دونوں سروں کا باندھنا ضروری ہوتا ہے۔

پیش بازو کی موخر (پہری) جانب پر بڑے بڑے عروق اور اعصاب کا ایک خاں فقدان پایا جاتا ہے اور یہ اس لحاظ سے ایک معنی خیز امر ہے کہ جارحہ کی یہی جانب ضرر کے لئے سب سے زیادہ معرا رہتی ہے۔ زُرج سے نیچے کف دست کے برابر چوڑے حصہ پر سطحی وریدیں تقریباً مکمل طور پر غائب ہوتی ہیں۔

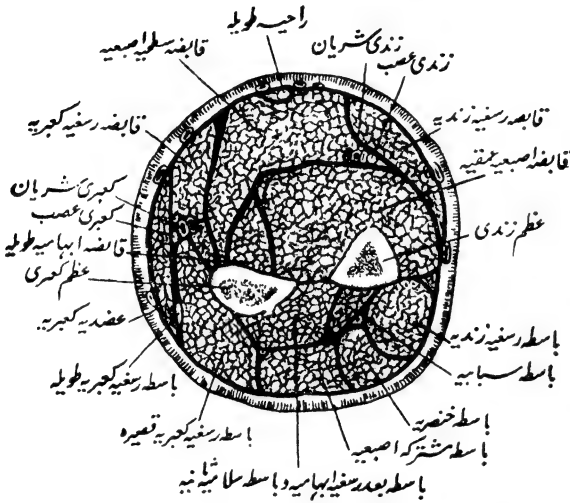
## وسطی عصب عضلہ کا بہ مد بطبع (pronator teres) کے عضدی اور زندگی

سروں کے درمیان سے گزرتا ہے۔ پونہچے پر یہ عصب عضلہ قابضہ رخیہ کبریہ (flexor carpi radialis) اور عضلہ قابضہ اصبعیہ سطحیہ (flexor digitorum sublimis) کے وتروں کے درمیان پایا جاتا ہے۔ اور عضلہ راحیہ طویل (palmaris longus) کے وتر سے جو اسکا محل معلوم کرنے کے لئے ایک مفید رہنما کام دیتا ہے یہ گہرا واقع ہوتا ہے۔ اس عصب کو ضرر پہنچنے سے جو تغیرات پیدا ہوتے ہیں انکا ذکر صفحہ 376 پر کیا گیا ہے۔

## پیش بازو کی ہڈیاں - جارح کے مختلف لیولوں پر تراش کاٹنے سے یہ ظاہر

ہوتا ہے کہ کعبہ اور زند اسکے تمام حصوں میں راحی جانب کی نسبت ظہری جانب کے زیادہ قریب ہوتی ہیں (شکل ۷۲ و ۷۳)۔ تراش جتنی بلند ہوگی یہ تعلق اتنا ہی نمایاں ہوگا۔ جارح کے وسطی ثلث کے پیرین یا اسکے بعدی سرے کے قریب دونوں ہڈیاں اسکے مرکز کے زیادہ قریب ہوتی ہیں۔ پیش بازو کے بالائی یا قریبی حصہ پر عضلات زیادہ تر اطراف پر یا سامنے کی طرف پائے جاتے ہیں۔ تراش جتنی بعدی ہوگی ہڈیاں اطراف پر اتنی ہی کم پوشیدہ ہونگی، اور نرم حصے جارح کی راحی اور ظہری جانبوں پر اتنی ہی زیادہ مساوات سے منقسم ہونگے۔ یہ بھی دیکھنے میں آئے گا کہ جہاں ایک ہڈی زیادہ موٹی ہے وہاں دوسری زیادہ پتلی ہے، جیسا کہ کہنی اور پونہچے کے قریب ہوتا ہے۔ نیز جارح کے وسط پر دونوں ہڈیاں مضبوطی میں ایک دوسرے کے تقریباً برابر ہوتی ہیں۔ دونوں ہڈیوں کے اور خاص کر زند کے جارح کی ظہری جانب کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے انکا امتحان اس طرف کی سطح سے آسانی کیا جاسکتا ہے اور اسی جانب سے ہڈیوں کے امتیضات بزرگی اور دوسرے عملیہ جات نہایت آسانی سے سرانجام دئے جاسکتے ہیں مزید برآں اس سے یہ بھی سمجھ میں آگیا ہوگا کہ مرکب کسور میں ٹکڑوں کے باہر نکل آنے سے جو زخم پیدا ہوتا ہے وہ عام طور پر جارح کی ظہری جانب پر ہی واقع ہوتا ہے۔ لکباب (pronation) اور بطبع (supination) کی اہم حرکتیں انہی ہڈیوں کے درمیان اس محور پر واقع ہوتی ہیں جو اس خط کا تناظر ہوتا ہے جو کعبہ کے سر اور زند کے بعدی سرے اور جھنگلی کی بعد رخی ہڈی میں سے گزرتا ہو۔ انتہائی لکباب میں کعبہ اور زند پر سے ترچھی گزرتی ہے اور مقام تقاطع پر دونوں ہڈیاں

ایک دوسرے سے تقریباً مس کرتی ہیں اور بین العظامی غشا کے نیچے کے ریشے اور لہری کبیری زندگی رباط تنہا ہوتا ہے۔ ”بلع (supination) کے روکنے میں کسی رباط کو حقیقی دخل قطعاً حاصل نہیں ہوتا بلکہ یہ حرکت کعبہ کے زندگی کٹاؤ کی موخر کور کے عضلہ باسطہ رسنغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے وتر سے مس کرنے سے کتنی ہے جو زند کے زائدہ ابرہ اور اس کے گول سر کے درمیان



شکل ۷۲۔ پیش بازو کے وسط میں سے مستعرض تراش۔

(براون: Braune کے مطابق)

330 واقع ہوتا ہے“ (سر۔ ایچ مورس: Sir H. Morris) ۲۔ دونوں حرکتوں میں بلع (supination)

زیادہ قوی ہوتا ہے اور بہت سی مثالوں سے اسکی توضیح ہوتی ہے۔ بیچ کش یا برے کا استعمال کرتے وقت بلع اور اکباب کی دونوں حرکتیں نمایاں طور پر عمل میں آتی ہیں لیکن اصلی طاقت کا استعمال حالت بلع ہی میں کیا جاتا ہے۔ یہ امر بھی معنی نہیں ہے کہ کاگ بیچ کا مرغولہ اس طرح بنا ہوتا ہے کہ وہ حرکت اکباب کی بجائے حرکت بلع ہی سے اندر جاتا ہے۔

صرف ایک ہی وضع ہے جس میں دونوں ہڈیاں آپس میں تقریباً متوازی ہوتی ہیں



اور یہ بطح کی حالت ہے۔ مزید برآں اگر سختی واقع ہو جائے تو حالت اکباب یا وسطی حالت کی نسبت حالت بطح میں تثبیت ہونے سے باز و زیادہ کار آمد ثابت ہوتا ہے۔ اسی لئے پیش بازو کے بہت سے کسور کو درست کرنے کے لئے یہی وضع منتخب کی جاتی ہے۔ بین العظامی فضا ہلیجی شکل کی ہوتی ہے اور نیچے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے ذرا بڑی ہوتی ہے۔ مکمل اکباب میں تنگ ترین ہو جاتی ہے اور بطح میں یہ سب سے زیادہ چوڑی ہوتی ہے اور وسطی حالت میں بھی یہ اتنی ہی چوڑی ہوتی ہے۔

یہ معلوم ہونا چاہئے کہ ترچھے کعبہ کی زندگی رباط کا میلان ان قوتوں کی مزاحمت کرنے کی طرف ہوتا ہے جو کعبہ کو ذراعیہ سے دور کھینچتی ہیں۔ یہ ذراعیہ سے کعبہ کی طرف کو جاتا ہے اور یہ بمنزلہ ایک بلا واسطہ رباط کے ہے اور اسی کا فعل سرانجام دیتا ہے اور بین العظامی رباط اپنے ریشوں کے ترچھے پن کی وجہ سے زند کو کعبہ کے اس بار کے برداشت کرنے میں شریک ہونے پر مجبور کرتا ہے جبکہ یہ ہڈی اوپر کی طرف کو دھکیلی جا رہی ہو جیسا کہ ہتھیلی کے سہارے سے آرام کرنے یا اس سے دھکیلنے کی حالت میں ہوتا ہے۔

331

## کلائی کے کسور - کعبہ یا زند علیحدہ علیحدہ ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹی

ہیں۔ جب کعبہ اکیلی ٹوٹی ہے تو ایسا بالعموم کسی بالواسطہ ضرب سے ہوتا ہے، کیونکہ وہ تمام صدمے جو ہاتھ سے منتقل ہوتے ہیں کم و بیش مکمل طور پر اس تک پہنچتے ہیں۔ عکس اس کے زند اکثر بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹی ہے کیونکہ یہ دونوں ہڈیوں میں سے زیادہ سطحی اور زیادہ معرا ہوتی ہے، مثلاً سر کی چوٹ کو روکنے کے لئے جب بازو اوپر اٹھایا جاتا ہے تو زند سب سے اوپر ہوتی ہے۔ قدیم مصریوں میں جو لکڑی چلانے کے بہت دلدادہ تھے زند کے بعدی سرے کا کسر بہت عام تھا، جیسا کہ ایلین سمٹھ (Elliot Smith) اور وڈ جونز (Wood Jones) کی تحقیقات سے ہمیں معلوم ہوا ہے۔ جب دونوں ہڈیاں اکٹھی ٹوٹی ہیں تو چوٹ بعض اوقات بلا واسطہ ہوتی ہے اور بعض اوقات بالواسطہ۔ جب دونوں ہڈیاں ٹوٹی ہیں اور کسور ترچھے ہوتے ہیں تو قابض اور باسط عضلات کے متحدہ فعل سے قصر پیدا ہو جاتا ہے۔ غیر وضعیت بہت اختلاف پذیر ہوتی ہے اور عضلی فعل کی نسبت زیادہ تر ضرب کی سمت پر منحصر ہوتی ہے۔ اگر اتحاد آجل ہو تو تاخیر بالعموم کعبہ میں پائی جاتی ہے، کیونکہ دونوں ہڈیوں میں سے یہی

زیادہ حرکت پذیر ہوتی ہے۔

جب ایلی کعبہ (۱) ذوراسین اور عضلہ کا بہ مدلمو (pronator teres)

کے منہاؤں کے درمیان ٹوٹتی ہے تو ذوراسین اوپر کے ٹکڑے کی خم کردگی پیدا کر دیتا ہے اور یلہ و عضلہ باطمہ قصیرہ (supinator brevis) اسکو مکمل بطح کی حالت میں لے آتے ہیں۔ نیچے کے ٹکڑے کو دونوں عضلات کا بہ اکباب کی حالت میں لے آتے ہیں اور اسے کھینچ کر زند کی طرف لے آتے ہیں۔ اگر ایسا کسراں طرح باندھ دیا جائے کہ ہاتھ اکباب اور بطح کی حالتوں کے سین درمیان ہو تو مندرجہ ذیل خرابیاں پیدا ہونگی۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات کی وجہ سے مکمل بطح کی حالت میں رہتا ہو اور نیچے کا ٹکڑا جمیروں کی وجہ سے وسطی وضع میں رہتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ہڈی کا اصلی محور بار دیگر قائم نہیں کیا جاتا اور ذوراسین اور عضلہ باطمہ کا فعل بطور عضلات باطمہ کے باطل زائل ہو جاتا ہے۔ چنانچہ جن مریضوں کا علاج اس طریقہ پر کیا جائے انہیں صحت ہونے پر قوت بطح بہت حد تک زائل ہو جاتی ہے اور اس نتیجہ سے احتراز کرنے کے لئے جارحہ کو مکمل بطح کی حالت میں باندھا جائے تاکہ دونوں ٹکڑے اپنے مناسب محور پر متحد ہو سکیں۔ اوپر کا ٹکڑا ان عضلات سے مکمل بطح کی حالت میں ہوتا ہے اور نیچے کا جمیروں سے اس حالت میں رہتا ہے۔

832

(۲) جب کسر دونوں عضلات کا بہ کے منہاؤں کے درمیان واقع ہو تو ذوراسین اور عضلہ کا بہ مدلمو اوپر کے ٹکڑے کو ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتے ہیں اور موخر الذکر عضلہ اسکو زند کی طرف کھینچ لیتا ہے۔ نیچے کے ٹکڑے کو عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) زند کی طرف مقرب کر دیتا ہے اور اسکا اوپر کا سرا عضلہ عضدیہ کعبہ کے زائدہ ابریہ پر فعل کرنے کی وجہ سے اس ہڈی کے اور بھی زیادہ قریب آ جاتا ہے۔ عضلہ کا بہ مدلمو (pronator teres) کا جو فعل اوپر کے ٹکڑے پر ہوتا ہے اس پر ذوراسین کی قوت باطمہ اس حد تک غالب آ جاتی ہے کہ قبل الذکر کسرا فعل کسی شمار ہی میں نہیں آتا اور اس حالت میں بھی مکمل بطح کی حالت میں جمیرے باندھا جاتا ہے۔

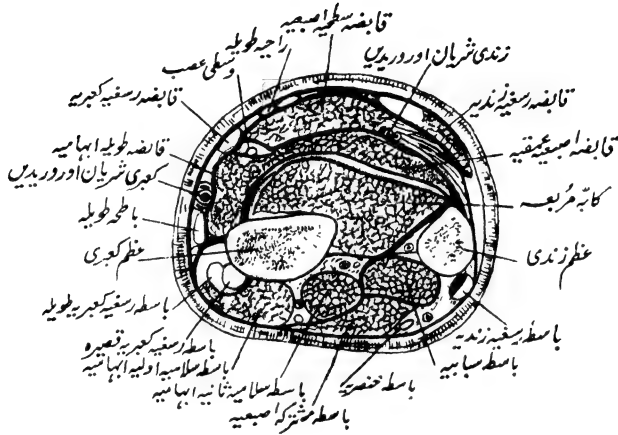
جب ایلی زند ٹوٹتی ہے مثلاً جب کسر تقریباً وسط میں واقع ہو تو عضلہ عضدیہ قریبی

ٹکڑے کو بعض اوقات ذرا آگے کی طرف کو کھینچ لیتا ہے اور عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) نیچے کے ٹکڑے کو کعبہ کی طرف کو لے آتا ہے۔

بہر کیف غیر وضعیت تمام حالتوں میں جتنی ضرب کی سمت سے متاثر ہوتی ہے اتنی ہی عضلات کے فعل سے بھی ہوتی ہے۔

جب ایک یا دونوں ہڈیوں کے کسر کے بعد ٹکڑے اندر کی جانب کو اس قدر ٹل جاتے ہیں کہ بین العظامی فضا کو عبور کر کے ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں تو شکستہ سروں کو

388



شکل ۳۔ پیش باز و کیچے کے ایک تہائی حصہ میں سے متعارف تراش۔  
(برون: Braune کے مطابق)

علحدہ کرنے اور فضائے مذکور کو سلامت رکھنے کے لئے بعض اوقات درجہ دار گدیوں سے کوشش کی جاتی ہے۔ لیکن اگر ان گدیوں کو اتنا کس کر باندھ دیا جائے کہ ٹکڑے علحدہ رہیں تو یہ جارحہ کی ایک یا دونوں شریانوں کو مضبوط کر دیں گی اور ولکین کا وقف الدمی **تقبض** (Volkmann's ischaemic contracture) پیدا کر دیں گی جو عضلات کی رسد خون کے مضبوطی کی وجہ سے بند ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ انجام کار عضلات میں تقبض اور

ذہنی تغیرات پیدا ہو جاتے ہیں اور وہ اس طرح بے کار ہو جاتے ہیں۔ یہ حالت عضلات کے کسی گروہ میں بھی پیدا ہو سکتی ہے بشرطیکہ ان پر شدید اور مسلسل دباؤ ڈالا جائے، جیسا کہ میٹوں کے حد سے زیادہ کس کر باندھینے یا کہنی یا گھٹنے کو انتہائی خم کردگی کی حالت میں بہت عرصہ تک رکھ چھوڑنے سے پیدا ہوتا ہے۔ جمیروں اور بیٹیوں کے غیر مناسب استعمال سے کسور کا علاج کرنے میں جو تہیج جارحہ میں فوراً نمودار ہو جاتا ہے اسکی پیدائش کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ وریدی خون کا زیادہ تر حصہ سطحی وریدوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔

شکل ۳ سے حصوں کا جس طرح کہ یہ میش بازو کے بعدی ثلث پر کے مدور بتر میں کاٹے جاتے ہیں تعلق ظاہر کیا گیا ہے۔

# باب پانزدہم

## پوہنچا اور ہاتھ

(THE WRIST AND HAND)

سطحی تشریح۔ پوہنچے پر مندرجہ ذیل ساختوں کی شناخت کیجا سکتی ہے۔ کعبہ کی طرف سے شروع کر کے کعبہ کا نیچے کا سرا اور زائندہ ابرہہ اچھی طرح سے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ یہ ہڈی یہاں پراگے کی اور پیچھے کی جانب پر سطحی ہوتی ہے اور مذکورہ زائندہ ابرہہ زند کے تناظر زائندہ کی نسبت زیادہ تر راجی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے۔ اور نیز یہ ہاتھ کی طرف کو تقریباً پانچ زیادہ نیچے اترا ہوتا ہے۔ کاکس کے کسر (Colles's fracture) کی تشخیص کرنے میں یہ امر عظیم الالہیت ہے، کیونکہ اس حادثہ میں زوائندہ ابرہہ اکثر ایک ہی لیول پر آجاتے ہیں۔

پوہنچے پر کعبہ کی بیرونی یا جانبی سطح پر سے عضلہ مبتعدہ ابہامیہ طویلہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باطلہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے درگزر کرتے ہیں۔ جب انگوٹھا تبعد کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہوتے ہیں اور دونوں کے درمیان کا درز نما وقفہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔

پوہنچے کی راجی جانب پر اسکے ورلہ کے قریب عضلہ راجیہ طویلہ (palmaris longus)

کا وتر ہوتا ہے اور یہ ان تمام اوتار سے جو جوڑکی اس جانب پر واقع ہوتے ہیں عام طور پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جن پونچھوں کا امتحان کیا گیا ہے انہیں سے تقریباً ۱۰ فیصد میں یہ فائبر پایا گیا ہے۔ جب پونچھ زراخم کردہ ہوا اور انگلیاں اور انگوٹھا بسط کر دگی کی حالت میں ہوں، اور فرازات ابہام و خنصر حتی الامکان ایک دوسرے کے قریب ہوں تو یہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ اس سے ذرا باہر کی طرف عضل قابضہ رنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کا وتر ہوتا ہے جو جسامت میں بڑا مگر کم واضح ہوتا ہے۔ ان دونوں وتروں کے درمیان جو تنگ میزاب ہے اس میں عصب وسطیٰ واقع ہوتا ہے اور عضل قابضہ رنغیہ کبریہ (flexor carpi radialis) کی کبریہ جانب پر کبریہ شریان جوتی ہے۔ رفیق وریدی اس شریان کے گرداگرد ہوتی ہیں اور جب یتند ہو جاتی ہیں تو نبض کی نوعیت کو بدل دیتی ہیں (ہل: Hill)۔ بعض اوقات سلمیٰ اجمی (superficial volar) زیادہ اونچے مقام سے نکلتی ہے اور معمول کی نسبت بڑی ہوتی ہے اور کبریہ کے ساتھ ساتھ پونچھ کے سامنے کی طرف سے گزرتی ہے۔ اس حالت میں یہ نبض کے حجم کو زیادہ کر دیتی ہے اور ”نبض مضاعف“ (double pulse) کے پیدا ہونے کا سبب ہوتی ہے۔ پونچھ کے زندگی کنارے کی طرف عضل رنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کا وتر عظم مشگمہ (pisiform bone) کی طرف آتا ہوا نمایاں طور پر دکھائی دیتا ہے۔ جب پونچھ خفیف سا خم کردہ ہو اور جھٹکی ہتھیلی کی طرف کو زور سے دبائی ہوئی ہو تو یہ نہایت واضح ہوتا ہے۔ اس وضع میں جو گڑھا موخر الذکر وتر اور عضل راحیہ طویل (palmaris longus) کے درمیان پایا جاتا ہے اس میں عضل قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کا وتر ہوتا ہے اور عضل قابضہ رنغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کی عین کبریہ طرف کو زندیہ شریان کے ضربات محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ پونچھ کی راحیہ سطح کی موٹی جلد کے نیچے وریدوں کے ایک نغفہ کا کچھ حصہ نظر آتا ہے جو وسطی (median) اور راحیہ (volar) زندگی تنوں پر جا کر ختم ہوتی ہیں۔ زندگی عصب ایک میزاب میں واقع ہوتا ہے جو عظم مشگمہ کی کبریہ جانب پر ہوتا ہے۔

پونچھ کی لپشت پر سے مستعاضا گزرتے وقت مندرجہ ذیل خصائص (نشل ۷۵) آسانی دکھائی دیتے ہیں خاص کر جب انگوٹھے اور انگلیوں کی زور سے بسط کر دگی اور جمعہ کی گئی ہو۔ بسط (tabatière) یا تنجی ناسانی (anatomical snuff box) جو ایک میخ جوف ہے (دیکھو صفحہ 339) اگلی طرف سے عضل مبعده ابہامیہ طویل (abductor longus pollicis)

اور عضل باسط ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) کے وتروں سے جو قریبی طور  
منقرب ہوتے ہیں محدود ہوتا ہے اور پوہنچے کی طرف سے یہ عضل باسط ابہامیہ طویل (extensor  
longus pollicis) (عضل باسط سلامیہ ثانیہ: extensor secundi internodii) کے  
بہت نمایاں وتر سے محدود ہوتا ہے۔ یہ وتر ایک چھوٹے سے نمایاں عضلی ارتفاح کی طرف آہٹائی کرتا  
ہے جو کعبہ کی پشت پر واقع ہوتا ہے اور یہ اس عضلی میزاب کے بیرونی کنارہ کی نشان دہی کرتا ہے  
جس میں یہ وتر پایا جاتا ہے۔ کعبہ پر پہنچ کر یہ وتر اسکی ٹھری سطح کے وسط کو ظاہر کرتا ہے اور  
زورقی (navicular) (سفینیہ: scaphoid) اور قری (lunate) (نیم قمری: semilunar)  
ہڈیوں کے درمیانی فاصلہ کو تختیناً ظاہر کرتا ہے۔ دو اور وتر بھی دکھائی دیتے ہیں مگر وہ اتنے نمایاں طور  
پر نظر نہیں آتے۔ یہ عضل باسط مشترکہ (extensor communis) اور عضل رسغیہ زندیہ  
(extensor carpi ulnaris) کے وتر ہیں۔

زندہ کانچے کا سرا بہت نمایاں ہوتا ہے۔ جب ہاتھ بطح کی حالت میں ہوتا ہے تو اس کا  
زائدہ ابریہ پوہنچے کی وسطانی ٹھری سطح پر عضل باسط رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris)  
کی وسطانی جانب پر ٹکٹ ہوتا ہے مگر حالت اکباب میں زائدہ کم نمایاں ہو جاتا ہے اور اسکا سر  
پوہنچے کی پشت پر نمایاں طور پر مکمل آتا ہے اور یہ عضل باسط رسغیہ زندیہ (extensor carpi  
ulnaris) اور عضل باسط خصیریہ (extensor digiti quinti) کے وتروں کے درمیان

336

## کعبی رسغی جوڑ (پوہنچے کا جوڑ)۔ زندہ کے زائدہ ابریہ کی نوک پوہنچے

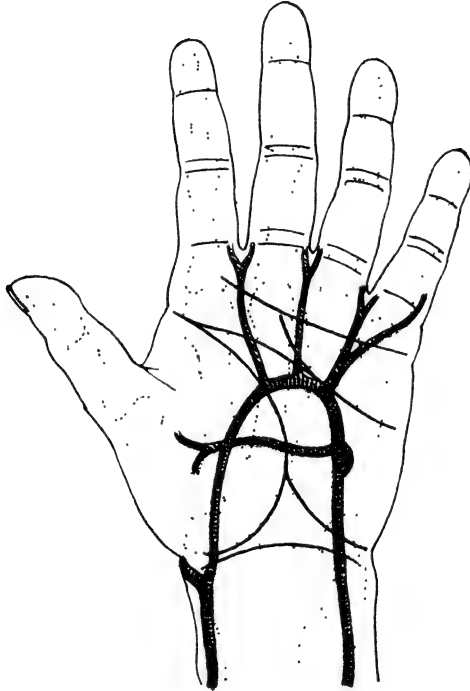
کے جوڑ کے خط کی تنافر ہوتی ہے اور اگر اس مقام کے نیچے جا تو داخل کیا جائے تو یہ اس  
منفصل میں داخل ہو جائے گا۔ اگر کعبہ کے زائدہ ابریہ کی عین بعدی طرف پر جا تو افقی سمت میں  
داخل کیا جائے تو وہ سفینیہ (scaphoid) سے ٹکرائے گا۔ اگر دونوں زوائد ابریہ کے درمیان  
خط کھینچا جائے تو وہ نیچے کی اور باہر کی طرف کو مائل ہوگا اور اسکے دونوں سرے کعبی رسغی  
جوڑ کے آہٹائی تختانی حدود کو ظاہر کریں گے اور ایک کافی حد تک اس قوس کے وتر کے تنافر  
ہونگے جو اس جوڑ کے خط سے بنتی ہے۔ زوائد ابریہ کا درمیانی خط پوہنچے کی محراب کی چوٹی سے  
نصف انچ پرے ہوگا۔

پونچے کی کئی جانب کی جلد میں بہت سے شکن ہوتے ہیں۔ ان میں سے بعدی نمایاں ترین ہوتا ہے۔ یہ نیچے کی طرف کو ذرا مدب ہوتا ہے اور عظم کبیر (os magnum) کے تار کی (capitate bone) کی گردن کو تیسری بعد رستی ہڈی کے خط میں ٹھیک ٹھیک کاٹتا ہوا گزرتا ہے (ٹیلو: Tillaux)، اور پونچے کے جوڑ کی محراب کی بعدی جانب پر یہ پٹا انچ سے ذرا کم فاصلہ پر واقع ہوتا ہے۔ رستی بعد رستی جوڑ سے یہ تقریباً ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر قریبی جانب کی طرف واقع ہوتا ہے اور مستعرض رستی (مقدم ملقنا) رباط کو یہ ایک کافی صمغ حد تک ظاہر کرتا ہے (شکل ۷۸ صفحہ 347)۔

**ہاتھ کی کئی سطح**۔ ہتھیلی اپنے وسط میں جہاں جلد کئی صفاق سے منضم ہوتی ہے مقعر ہوتی ہے۔ ہتھیلی کے اس گڑھے کا خاکہ تقریباً مثلث نما ہوتا ہے، اور اس کا راس باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ اسکی ایک طرف فراز ابہام اور ایک طرف فراز خنصر ہوتا ہے۔ قبل الذکر ارتفاع کے قریبی سرے پر کبیری زائدہ ابریہ کی بعدی اور وسطانی جانب پر ایک عظمیٰ مرمریہ محسوس کیا جاسکتا ہے، جو سفینیہ (scaphoid) کے درز اور عظم خنصر (trapezium) کثیر الزوایا کبیر (multiangulum majus) کے اوپر کے حید سے بنتا ہے (شکل ۷۸)۔ ہڈی کے ان دونوں زائدوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ ہمیشہ معلوم نہیں ہو سکتا۔ فراز خنصر کے قریبی سرے پر عظم مشنگ (pisiform bone) کا مرمریہ ہوتا ہے اور اسکے عین نیچے کلاب نما ہڈی (unciform) (خطانی: hamate) زائدہ شناخت کیا جاسکتا ہے۔ ہتھیلی کے گڑھے کی بعدی جانب پر اور چاروں اٹھکیوں کی درمیانی گھائیوں کے مقابل تین چھوٹے چھوٹے ارتفاعات دیکھنے میں آتے ہیں خاص کر قریبی سلامیات بسط کردگی کی حالت میں ہوں اور وسطیٰ اور بعدی سلامیات غم کردہ ہوں۔ یہ اوتار قابضہ کے درمیان کی شمی بافت اور کئی صفاق کی اصبعی دھجیوں کے قناطر ہوتے ہیں اور جو میزاب ان ارتفاعات کو علمدہ کرتے ہیں وہ انہی دھجیوں کے قناطر ہیں۔ جب ہاتھ بند کیا جاتا ہے تو ہتھیلی میں بعض خاص جھریاں یا شکن نمودار ہو جاتے ہیں۔ بسط کردہ ہاتھ کی ہتھیلی میں یہ جھریاں لکیروں کی شکل میں ظاہر ہوتی ہیں یکار لوگوں نے خوش اعتماد اشخاص سے انکی بدولت بہت بیجا فائدہ اٹھایا ہے۔ لیکن جراح کے لئے یہ گہری ساختوں کے لئے صرف سطحی رہنماؤں کا کام دیتی ہیں۔ انہیں سے دو جھریوں۔ قریبی مستعرض اور بعدی مستعرض۔



کا رخ مستعرض ہوتا ہے (دیکھو شکل ۷۴) جب انگلیوں کو ہتھیلی پر خم کیا جاتا ہے تو یہ دونوں جھریاں شبکتوں کی شکل اختیار کر لیتی ہیں۔ دو درجے شکن کعبی ترچھا اور زندگی ترچھا (جو اکثر



شکل ۷۴۔ ہتھیلی کے سطحی نشانات۔

موٹے سیاہ خطوط ہتھیلی کے خطوط کو ظاہر کرتے ہیں۔ کعبی اور زندگی شریاٹوں کا اختتام دکھایا گیا ہے، جو سطحی اور عمیق راجی مخرابوں پر ہوتا ہے۔

متوقف ہوتے ہیں) اسوقت نمایاں ہوتے ہیں جبکہ انگوٹھا (انگلیوں کے مقابل لایا جائے یا انکی طرف خم کیا جائے۔ قریبی مستعرض شکن ہتھیلی کے وسط کو عبور کرتا ہوا سطحی کئی مخراب کے انحداب کی نشاندہی کرتا ہے۔ بعدی مستعرض شکن پانچویں پوٹھی اور تیسری بعدی رستی ہڈیوں کی گردنوں پر سے گزرتا ہے اور ہاتھ کی زندگی طرف کے تین اصابع کے زلابی غلافوں کی ابتدا کو

کسی مددک نما ہر کرتا ہے۔ بعد فی ستر عرض خط کے متناظر لیول پر کفقی صفاق (palmar aponeurosis) (ردا: fascia) چار دھبیوں میں تقسیم ہو جاتا ہے، اور اس شکن اور انگلیوں کی درمیان جلد کے عین درمیان بعد رسنی سلامی (metacarpo-phalangeal) جوڑ واقع ہوتے ہیں۔ انگلیوں کی قابض طرف پر جو تین ستر عرض خط ہوتے ہیں ان میں سے قریبی بعد رسنی سلامی جوڑ سے ۳ انچ آگے (بعدی جانب کی طرف) واقع ہوتا ہے۔ انگشت اشاریہ اور چھٹکی پر کانیہ خط مفرد ہوتا ہے۔ لیکن وسطیٰ اور بنصر پر کا ڈہرا ہوتا ہے۔ انگلیوں کے وسطیٰ اور بعدی خط میان سلامی شکن ہیں۔ سب انگلیوں کے وسطیٰ خطوط دبے ہوتے ہیں اور قریبی میان سلامی جوڑوں کے عین بالمقابل واقع ہوتے ہیں (شکل ۷۴)۔ بعدی شکن مجرد ہوتے ہیں اور متناظر جوڑوں کی ذرا بعدی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ انگوٹھے پر دو مجرد لکیریوں ہوتی ہیں، جو دونوں جوڑوں کی متناظر ہوتی ہیں۔ قریبی لکیر بعد رسنی سلامی جوڑ پر سے ترچے رخ میں گزرتی ہے۔

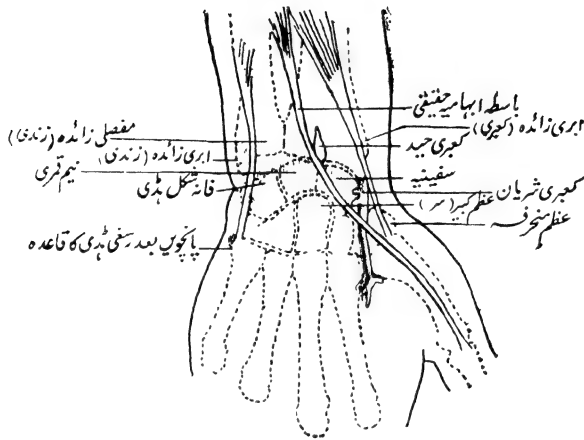
339

سطحی راحی محراب (superficial volar arch) متھیلی پر سے ایک خمیدہ خط کھینچنے سے ظاہر کیجا سکتی ہے جو عظم مشنگ سے شروع کر کے انگوٹھے کے کئی کنارہ کی سیدھ میں آگے بڑھا دیا جاتا ہے جبکہ انگوٹھا انگشت اشاریہ سے زاویہ قائمہ پر باہر کی طرف کو تنس ہو۔ عمیق محراب سطحی کی نسبت پونچے سے ۱ تا ۱ ۱/۲ انچ زیادہ قریب ہوتی ہے، اور اس کے محل کی نشاندہی اس خط سے کیجاتی ہے جو پانچویں بعد رسنی ہڈی کے قاعدہ سے لیکر دوسری بعد رسنی ہڈی کے قاعدہ تک کھینچا جائے اور یہ دونوں مقامات باسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ راحی اصبعی شریانیں انگلیوں کی گھاٹیوں کی قریبی جانب پر ان سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر دو دشاخوں میں تقسیم ہوتی ہیں۔

**ہاتھ کی ظہری سطح**۔ جب انگوٹھا بسط کر دگی کی حالت میں ہو تو متھیلی کی کعبی

جانب پر عضلہ مبتعدہ ابہامیہ طویل (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ قصیرہ (extensor brevis pollicis) اور عضلہ باسطہ ابہامیہ طویل (extensor longus pollicis) کے درمیان ایک گڑھا دکھائی دیتا ہے۔ فرانسیسی معنفین نے اس گڑھے کو ”تشریحی مسط“ (tabatierè anatomique) کے نام سے موسوم کیا ہے (شکل ۷۵)۔ کعبی شریان اس گڑھے کو عبور کرتی ہے اور مذکورہ بالا اوتار کے نیچے ہوتی ہے۔ لہذا یہ گہری

واقع ہوتی ہے اور کعبی رسانی جوڑکے خارجی جانبی رباط پر پائی جاتی ہے۔ اس کے بعد یہ سفینیہ (scaphoid) اور عظم مخوفہ (trapezium) کے اوپر سے نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور انجام کار پہلی بین العظامی فضا میں سے پہلے بین العظامی عضلہ کے سروں کے درمیان سے گزر کر



### شکل ۵۔۔ پونچے کی نلری جانب کے اہم سطحی نشانات۔

عضلہ باسط ابہا حقیقی (ext. prop. pol.) = عضلہ باسط ابہا میہ طویلہ (ext. long. poll.)  
عظم زورقی (navicular) = سفینیہ (scaphoid) - عظم کبر (os magnum) = عظم تارکی  
(os capitatum) = عظم قری (semi-lunar) = عظم قری (os lunatum) - فانہ شکل ہڈی (cuneiform)  
= عظم مثلثیہ الزوایا (os triquetrum)

عمیق کفی محراب کی ٹھون میں بیشتر حصہ لینے کے لئے آگے کی طرف کو نکل جاتی ہے۔ جلد کے نیچے اس فضا پر بالعموم ایک بڑی ورید دکھائی دیتی ہے۔ یہ انگوٹھے کی قیفالی (cephalic) ورید ہے۔ مزید برآں جلدی کعبی عصب (cutaneous radial nerve) کی انتہائی شاخ کی جانبی قسمت بھی اس فضا کو عبور کرتی ہے۔ "ناس دانی" (snuffbox) کے فرش پر عظم سفینیہ اور عظم مخوفہ واقع ہوتی ہیں۔ عضلہ باسط ابہا میہ طویلہ (extensor longus pollicis) پہلی بین العظامی

فضا کے راس کو عبور کرتا ہے۔ انگوٹھے کی سسما فی ہڈیاں اور نیز عظم مخوف اور پہلی پس رسی ہڈی کے درمیان کا جوڑ بخوبی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ موصوفہ ذکر مفصل ناس دانی کے فرش پر واقع ہوتا ہے۔

ہاتھ کی پشت پر مختلف اوتار اور اوپری وریس صاف صاف شناخت کی جاسکتی ہیں۔ پہلی اور دوسری بعد رسی ہڈیوں کے درمیان پہلا نظریہ (dorsal interosseous) عضلہ ہوتا ہے اور جب انگوٹھا انگشت اشاریہ کے ساتھ دبا کر ملا دیا جاتا تو یہ ایک نمایاں فراز کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔ انگلیوں کی کانٹھوں کی تینوں قطاریں مختلف جوڑوں کی قریبی ہڈوں سے بنتی ہیں مگر یہ جوڑوں کے سطحوں کی تناظر نہیں ہوتیں، جو ۱/۲ انچ زیادہ نیچے واقع ہوتے ہیں۔ اگر لیمر فرموش کر دیا جائے تو بعد رسی سلامی جوڑ پر بتر کرتے وقت پوشش ناکافی رہ جاتی ہے۔ انگلی کے تینوں جوڑ اپنی تناظر کانٹھوں سے فرداً فرداً ۱/۲ و ۱/۴ و ۱/۴ انچ نیچے ہوتے ہیں (جیکبسن: - (Jacobson: 841

ہتھیلی اور انگلیوں کے سامنے کی طرف کی جلد موٹی اور کثیف ہوتی ہے اور ہاتھ کی پشت کی جلد بہت باریک ہوتی ہے۔ ہتھیلی اور انگلیوں کی سامنے کی اور جانبی اطراف اور اخیر کے سلامیات کی نگہری جانب پر بال اور دہنی غدود قطعاً موجود نہیں ہوتے۔ لہذا یہ حصہ ان امراض سے مبرا ہیں جو شعری جرابوں اور ان کے زوائد پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ ہاتھ کی اور سلامیات کی قریبی اور وسطی قطاروں کی پشت پر بہت سے بال اور دہنی جرابات پائے جاتے ہیں۔ غدود عرقیہ کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہتھیلی کی جلد میں زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ سپی (Sappey) کے مطابق انکی تعداد دوسرے حصوں کے غدود کی نسبت چار گنا ہوتی ہے کراس (Krause) نے اندازہ لگایا ہے کہ ہتھیلی کے ایک مربع انچ پر ۲۸۰۰ غدود عرقیہ کھلتے ہیں۔ ہاتھ کی پشت پر اس تعداد کا تقریباً نصف پایا جاتا ہے۔

ہاتھ کی جلدی عصبی رسد بہت کثیر ہوتی ہے اور پائینی کے جسم (Pacinian bodies) جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت ہاتھ میں کہیں زیادہ کثرت سے موجود ہوتے ہیں۔ لمسی حساسیت سوائے زبان کی نوک کے جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ حساس ترین حصہ انگشت اشاریہ کے بعد ی یا ناخن سلامیہ کی کفی سطح ہوتی ہے اور ہاتھ کی پشت لمسی اثرات کے لئے سب سے کم حساس ہوتی ہے۔ انگلیوں کے سرے حس کے لئے کھائی کے وسطی حصہ کی

جلد کی نسبت جو لمبی اثرات کے لئے جلد کے سب سے کم حساس حصوں میں سے ہے تیس گنا زیادہ حساس ہوتے ہیں۔

ہاتھ کی سامنے کی طرف کی اور خاص کر ہتھیلی کی زیر جلدی بافت قلیل المقدار اور کثیف ہوتی ہے اور یہ چاندنی کی زیر جلدی بافت سے ان امور میں کی قدر مشابہ ہوتی ہے کہ جلد اس سے قریبی طور پر منقسم ہوتی ہے اور جو چربی اس میں موجود ہوتی ہے وہ چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں میں جو حفریوں میں واقع ہوتے ہیں مرتب ہوتی ہے۔ جلد جلدی رابطات سے ہتھیلی اور انگلیوں کی لکیروں پر بستہ ہوتی ہے۔ نلہ کی جلدی بافت ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور جلد سے اسکا بہت کم ورتعلق ہوتا ہے۔ لہذا ہتھیلی اور انگلیوں کی مقدم جانب پر پہنچ اور خون کی زیر جلدی وعادریوں کا پیدا ہونا تقریباً ناممکن ہوتا ہے، مگر نلہ پر یہ وسیع ہوتی ہیں ہتھیلی کی جلد کی کثافت کی وجہ سے اسکا التهاب نہایت درد خیز ہوتا ہے۔ مگر نلہ کی ڈھیلی ڈھالی بانٹوں کا التهاب بعض اوقات زیادہ درد پیدا کرنے کے بغیر ہی کسی حد تک ترقی کر جاتا ہے۔

ہتھیلی میں دباؤ اور رگڑ کے اثرات کا مقابلہ کرنے کے لئے بخوبی موافقت پائی جاتی ہے بشرطہ موٹا ہوتا ہے اور جلد منقسم ہوتی ہے اور اسکے عین نیچے کثیف کفی صفاق واقع ہوتا ہے جو کئی اعصاب اور بڑے بڑے عروق کی کافی حد تک حفاظت کرتا ہے اور یہ ضروریہ درکنہ چاہئے کہ ہاتھ کا اگلا حصہ اور خاص کر ہتھیلی سطحی وریدوں سے خاص طور پر مبرا ہوتی ہے۔ ہاتھ سے جو خون واپس جاتا ہے اسکا بیشتر حصہ حقیقتہً انگلیوں اور ہاتھ کی نظری جانب پر کی وریدوں کے ذریعہ سے واپس جاتا ہے۔ اسی طرح ہتھیلی کے عروق لمف جن سے ایک کثیر العروق زیر جلدی ضفیہ لیا رہوتا ہے ہاتھ کی پشت پر کے بڑے بڑے دراکر عروق لمف سے ملتے ہیں۔

### ناخن کی شکل مختلف افراد میں کی قدر مختلف ہوتی ہے اور بعض نئی امراض میں بھی متغیر

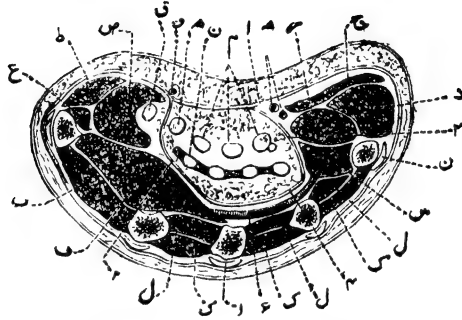
ہو جاتی ہے۔ بقراطی ہاتھ (Hippocratic hand) وہ ہاتھ ہوتا ہے جس میں انگلیوں کے سرے گزرنے سے ہوتے ہیں اور ناخن بہت خمیدہ ہوتے ہیں۔ لٹلا ہر ایسا معلوم ہوتا ہے یہ حالت وریدی خون کی واپسی میں رکاوٹ پیدا ہونے اور خون کی ناقص آکسیجن رسی (oxygenation) سے پیدا ہوتی ہے۔ یہ اکثر خلقی عارضہ قلب، دق، دبلہ (empyema) اور پھیپھڑوں کے دوسرے مزمن عوارض اور بعض صدی انورسٹوں میں پائی جاتی ہے۔ التهاب کی بہت سی قسمیں ہیں جو

ناخن کے قالب (matrix) اور اسکے ارد گرد کے متصل نرم حصوں پر اثر انداز ہوتی ہیں (ناخن کی گدی کا التهاب: onychia اور و احص: paronychia)۔ اس قسم کے التهابات اس ساخت کی بدشکلی کا باعث ہوتے ہیں۔ جب کوئی ناخن قلع یا چوٹ سے گر جاتا ہے تو نیا ناخن پیدا ہو جاتا ہے بشرطیکہ کچھ عمیق سرخلی خلیات باقی رہ گئے ہوں۔ مرض کے بعد کے زمانہ نقیہیت میں ناخنوں پر ایک تعرض میزاب پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ میزاب ناخن کے اس حصہ کو ظاہر کرتا ہے جو دوران مرض میں بنا تھا اور اس کا خیال رکھنے سے ناخن کی رفتار بالیدگی کا اندازہ کیا جاسکتا ہے۔ ناخن فی ہفتہ ۱/۴ انچ کی اوسط رفتار سے بڑھتا ہے اور اگر ہاتھ کی حرکت جیروں سے روک دی جائے تو ناخن کی بالیدگی کم ہو جاتی ہے (ہیڈ: Head)۔ ہر ایک اصبعی عصب سے ایک خاص عظیم الجسامہ شاخ ناخن کے نیچے کے لباب کو جاتی ہے اور اس کثیر عصبی رسد اور اس حصہ میں پھیلنے کی قابلیت موجود نہ ہونے سے اس شدید درد کی توجیہ ہوتی ہے جو ناخن کے نیچے کسی جسم غریب کے گھسنے سے پیدا ہوتا ہے۔

**کفئی ردا (palmar fascia) یا صفاق (aponeurosis)** متصلی کی جلد کے عین نیچے واقع ہوتا ہے۔ اسکی کثافت اور اسکا کڑا پن اور اعصاب اور عروق کی عدم موجودگی اس میں دباؤ برداشت کرنے اور ماتحت ساختوں کی حفاظت کرنے کی صلاحیت پیدا کرتی ہے اور اسکے طائم ہونے سے حرکت آزادانہ طور پر واقع ہوتی ہے۔ یہ تین حصوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ ایک جانبی اور ایک وسطانی جو علی الترتیب فرازا بہام اور فراز خضر کا غلاف ہوتے ہیں (شکل ۷۶) اور ایک وسطی جو زیادہ بڑا ہوتا ہے اور متصلی کے زیادہ تر حصہ کی پوشش ہوتا ہے اور اس سے ہر ایک انگلی کو دھمیاں جاتی ہیں۔ ہر ایک دھمی سے ریشے منکسر اوتار کے اصبعی غلافوں

جلد اور مستعرض رباط سے جا ملے ہیں (نیز دیکھو صفحہ ۳۳۷)۔ جو مرض **ڈوپیرین کے انقباض** (Dupuytren's contraction) کے نام سے موسوم ہے اس میں کئی ردا کا وسطی حصہ اور خاص کر اصبعی دھمیاں منقبض ہو جاتی ہیں۔ بنصر اور خضر میں انقباض خصوصیت کے ساتھ اور ب سے پہلے نمودار ہوتا ہے قریب اسلامیہ تحصیل کی طرف کچھ ہوتا ہے اور اسکے بعد دوسرا اسلامیہ خمیدہ ہو جاتا ہے اور بعض اوقات اسکی خم کردگی اس حد تک پہنچ جاتی ہے کہ قریب میان سلامی بوڑھیں

خلع واقع ہو جاتا ہے (ہچنسن: Hutchinson)۔ تجربہ سے یہ ظاہر ہے کہ اس ردا کو کھینچنے سے قریبی سلامیہ کو آسانی سے خمیدہ کیا جاسکتا ہے اور وسطی سلامیہ کی خم کردگی بھی کیجا سکتی ہے مگر اتنی آسانی سے نہیں۔ (کتنی ردا کا درمیانی حصہ عضلہ راحیہ طویلہ: palmaris longus: 344)



شکل ۷۶ - فرازاتِ ابہام و خنصر کے وسط میں سے ہاتھ کی افقی تراش۔

(ٹیلو: Tillaux)

۱۔ بعد زخمی ہڈی۔ ج۔ پہلا ٹھری بین العظامی۔ ج۔ عضلہ راحیہ قصیرہ۔ ۵۔ عضلہ مبعده خنصریہ۔ ۶۔ عضلہ قابضہ قصیرہ خنصریہ۔ ۷۔ عضلہ مقابلہ خنصریہ۔ ۸۔ عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیرہ۔ ۹۔ عضلہ مبعده ابہامیہ قصیرہ۔ ۱۰۔ عضلہ مقابلہ ابہامیہ۔ ۱۱۔ عضلہ مقبرہ ابہامیہ۔ ۱۲۔ عضلہ قابضہ ابہامیہ طویلہ۔ ۱۳۔ ٹھری بین العظامی مضللہ۔ ۱۴۔ راحی بین العظامی عضلات۔ ۱۵۔ عضلہ قابضہ سطحیہ۔ ۱۶۔ عضلہ قابضہ عمیقہ۔ ۱۷۔ سطحی راحی شلغ (مشویران)۔ ۱۸۔ عصب سطحی اور (اگے اندر کی طرف) زندگی زریان اور عصب۔ ۱۹۔ عین راحی محراب۔ ۲۰۔ کتنی ردا۔ ۲۱۔ بیرونی فاصل۔ ۲۲۔ اندرونی فاصل۔ ۲۳۔ پتیلی کی عین ردا۔

کے وتر کو نظر کر کے (تاج)۔ اس مرض میں جلد کی طبعی چسپیدگیاں جو ماتحت ردا کے ساتھ ہوتی ہیں حد سے زیادہ تنیدہ ہو جاتی ہیں اور جلد میں نقرتیت (dimpling) ظاہر ہو جاتی ہے۔ جو کہ ہفہ کتنی ردا کے درمیانی حصہ کے نیچے موجود ہوتا ہے وہ جانبین پر بند ہوتا ہے مگر نیچے اور اوپر کی طرف کھلا ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف ایک آزاد دفعہ موجود ہوتا ہے جو طعنه نار با لکھ نیچے

پایا جاتا ہے اور قابض اوتار کے ساتھ ساتھ کلائی میں چلا جاتا ہے اور نیچے کی طرف سات راستے ہوتے ہیں جو کئی ردا کے انقسام سے بنے ہوتے ہیں۔ ان سات راستوں میں سے چار مختلف انگلیوں کی جڑ پر واقع ہوتے ہیں اور انہیں سے قابض اوتار گزرتے ہیں اور بقیہ تین انگلیوں کی درمیانی جلد کے متناظر ہوتے ہیں اور انہیں سے عضلات قطنیہ (lumbricales) اور اصبعی عروق اور اعصاب گزرتے ہیں۔ لہذا جب ہتھیلی میں کئی ردا کے نیچے پیپ بنتی ہے تو یہ کثیف غشا میں سے آگے کی طرف نہیں آسکتی بلکہ یا تو انگلیوں کے ساتھ ساتھ چل جاتی ہے اور یا اوپر کی طرف پونچھے میں چلی جاتی ہے۔ کئی ردا اس قدر سخت مزاحمت پیش کرتی ہے کہ محسوس پیپ اپنا راستہ بین العظامی فضاؤں میں سے بنا لیتی ہے اور ہتھیلی کے غلافوں میں سے نکلنے کی بجائے ہاتھ کی پشت پر نکل آتی ہے۔

### کئی خراج کھولتے وقت جبکہ اسکا منہ پونچھے سے اوپر بنا ہوا ہو شکاف

345

پیش بازو کے طویل محور میں دینا چاہئے اور مستعرض رسنی (مقدم ملقنا) رباط سے اوپر ہونا چاہئے اور شکاف عضلہ راحیہ طویلہ کی اندر کی طرف دینا نہایت مناسب ہوتا ہے کیونکہ اس مقام پر شکاف دینے سے زندگی اور کعبری شریانیں اور نیز وسطی عصب بھی محفوظ رہتا ہے۔

### پونچھے کے اوپر کے رباطات مستعرض رسنی اور ظہری رسنی (حلقہ نما) رباطات سے

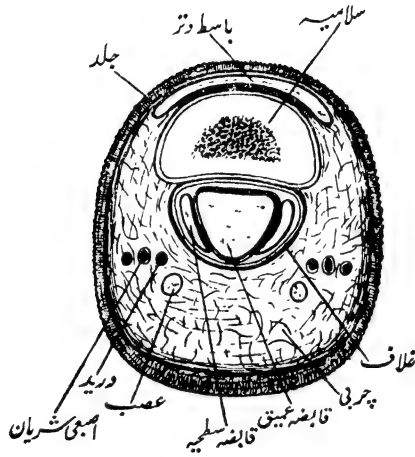
بستہ ہوتے ہیں اور انہی سے اپنی اپنی جگہ پر قائم رہتے ہیں۔ مستعرض رسنی رباط اس قدر کشف ہوتا ہے کہ ہتھیلی کے وسیع خراجات میں بھی جو پیش بازو تک پہنچ گئے ہوں اور اسکے نیچے کے وتری زلابی غلافوں کے شدید تمدد میں بھی یہ راستہ نہیں دیتا۔ ظہری رسنی رباط کانچھ کا کنارہ مستعرض رسنی رباط کی اوپر کی کور کا متناظر ہوتا ہے۔

### قابض اوتار کے لبنی غلاف بعد رسنی سلامی جوڑوں سے لیکر بعدی سلامی کے

قربی سروں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا بعدی یا ناخن سلامیہ کالباب (pulp) بالکل گرد و غلطہ پر ہی ممکن ہوتا ہے۔ انگلیوں کے جوڑوں کے مقابل پر یہ غلاف ڈھیلے ڈھالے اور جانبن پر باکیا ہوتے ہیں اور بعض اوقات غلافوں کے تصلیبی ریشوں کے درمیان ایسی فضاؤں رہ جاتی ہیں



جن میں سے زلابی غشا جو غلافوں کا استر ہوتی ہے بروز کر آتی ہے۔ یہی وہ مقام ہے جہاں پر پیپ کے اس غلاف میں سے نکل آنے کا امکان ہوتا ہے۔ باقی مقامات پر غلاف کثیف اور استوار ہوتے ہیں اور کاٹنے پر بالکل کھلے رہتے ہیں (شکل ۷۷)۔ چنانچہ غلاف کو کاٹنے کے بعد جیسا کہ بہتر میں کیا جاتا ہے ایک کھلا محو با باقی رہ جاتا ہے جو ہتھیلی کے اندر تک جاتا ہے اور اگر عملیہ سلسلہ کے



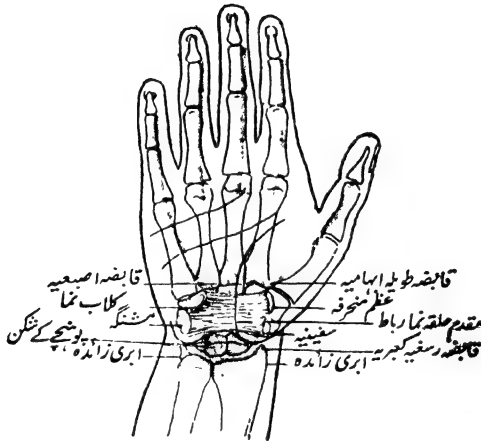
شکل ۷۷۔ پہلے سلا میہ کے وسط پر سے افقی تراش -  
(نکو: Tillaux کے مطابق)

حاد درجہ میں کیا جائے تو یہ پیپ کے اس حصہ تک منتشر ہونے کو نہایت آسان بنا دیتا ہے۔ اور اگر ایسی غلاف بالکل پڑھوتے ہیں۔ جہاں دتر غلاف میں داخل ہوتا ہے وہاں دتر پر کسی عقدہ نما بالید کے پیدا ہونے یا غلاف کی تنگی اور دتر کی عدم یکسانیت موجود ہونے سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو ”انگشت گرفتگی“ (snap finger) یا ”لبلی انگلی“ (trigger finger) کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی انگلی کی حسب مرضی برط کر دی نہیں کیجا سکتی لیکن جب اسکو ہاتھ سے ذرا پیچے کی طرف ہٹایا یا جاتا ہے تو ”جیبی چاقو کے پھل کی طرح کھٹ کی آواز سے اپنی جگہ پر آ جاتی ہے“

(ایبے: Abbe)۔

پہنچنے کا خلقی انقباض خفیف سی مقدار میں خامکر لڑکیوں میں بہت عام ہوتا ہے۔ نمایاں واقعات میں قریبی سلامیہ پیش بسط کردہ ہوتا ہے اور درمیانی خم کردہ ہوتا ہے۔ اسی قسم کے واقعہ میں لاک وڈ (Lockwood) نے یہ دریافت کیا تھا کہ یہ حالت جوڑ کے سامنے کے یعنی غلاف

347



شکل ۷۸۔ پونہچے کا مقدم حلقہ نارباط اور پونہچے اور ہاتھ کے زلائی غلاف۔ ہاتھ کی لکیریں سیاہ خلوں سے ظاہر کی گئی ہیں۔ زلائی غلاف سرخ دکھائے گئے ہیں۔ مقدم حلقہ نارباط سے متعرض رسی کلاب نما (unciform) = عظم حلانی

(os hamatum)

کے انقباض سے پیدا ہوئی تھی۔ داس کے بعد انگلی میں جو انقباض واقع ہوتا ہے وہ اوتار کے اپنے اپنے غلافوں سے منضم ہو جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

زلائی تاجہ جات اور غلاف متعرض رسی رباط کے نیچے اوتار قابضہ کے لئے

دو زلائی تاجہ ہوتے ہیں۔ انہیں سے ایک عضلہ قابضہ طویل (flexor longus pollicis) کے لئے ہوتا ہے اور دوسرا عضلات قابضہ سطحیہ اور عمقیہ کے لئے (شکل ۷۸) قبل الذکر پیش بازو میں

اس رباط سے ۱/۴ انچ اوپر تک جاتا ہے اور اسکے وتر کے ساتھ ساتھ عضلہ کے منہی تک پہنچ جاتا ہے جو انگوٹھے کے آخری سلامیہ پر ہوتا ہے۔ موزال ذکر مستعرض رباط سے ۱/۴ انچ اوپر سے شروع ہوتا ہے اور چاروں انگلیوں کے عطفات میں آکر ختم ہوتا ہے۔ جھنگلی کے لئے جوزائندہ ہوتا ہے وہ بالعموم عضلہ قابضہ عمیقہ کے منہی تک جاتا ہے جو ناخنی سلامیہ پر ہوتا ہے۔ بقیہ تین عطفات متنا بعد رسنی ہڈیوں کے تقریباً نصف پر جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ انگشت اشاریہ وسطیٰ اور بنصرہ کے اوتار کے اصبعی حصہ کے جوزلابی غلاف ہوتے ہیں وہ اوپر کی طرف بعد رسنی ہڈیوں پر جا کر ختم ہوتے ہیں۔ چنانچہ یہ غلیظ زلابی ناچ سے جو مستعرض رسنی رباط کے نیچے ہوتا ہے تقریباً ۱/۴ تا ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ لہذا انگوٹھے اور جھنگلی کے سروں سے ایک کھلا مجری شروع ہو کر کلائی میں پونہچے سے ۱/۴ انچ اوپر تک جاتا ہے۔ اس ترتیب سے اس مشہور و معروف امر کی توضیح ہوتی ہے کہ انگوٹھے اور جھنگلی کے خراجوں سے کلائی کے خراج پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مگر بقیہ انگلیوں میں تعلق واقع ہونے کے بعد ایسی پیچیدگی عام طور پر پیدا نہیں ہوتی۔ جہاں عضلات قابضہ کا زلابی تا پیچت اور کڑے مستعرض رسنی رباط کے نیچے سے گزرتا ہے وہاں یہ تنگ ہو جاتا ہے اور اس لئے ایسا بھی دیکھنے میں آتا ہے کہ جب یہ ناچہ سیال یا پیپ سے شمع ہو جاتا ہے تو اسکا خاکہ شیشہ ساعت (hour-glass) کے خاکہ کی طرح کا ہوتا ہے اور شیشہ ساعت کی گہراں رباط کی متناظر ہوتی ہے۔ اس رباط کے نیچے کے دونوں زلابی ناچے بعض اوقات ایک دوسرے سے ربط و راہ رکھتے ہیں۔ عضلہ قابضہ نیغیہ (flexor carpi radialis) کا وتر مستعرض رسنی رباط کے منہی کو جو عظم منحرف (trapezium) پر پایا جاتا ہے منتقب کرتا ہے۔ اسکے ارد گرد ایک زلابی غلاف پایا جاتا ہے (شکل ۷۸)۔

**داحس** (whitlow) کی غلافی قسم میں جس میں پیپ انگلیوں کے وترو

کے زلابی غلافوں میں موجود ہوتی ہے، انگشت اشاریہ وسطیٰ اور بنصرہ کے ماؤف ہونے کی حالت میں تعلق اکثر اختتام غلاف پر دفعہ ختم ہوتا ہوا دکھائی دیتا ہے، یعنی متناظر بعد رسنی ہڈیوں کی گردن کے بالمقابل ۲ حص کی ایک اور قسم (انگلی کے سرے کے لباب کا خراج) میں تیسرے سلامیہ کا گرد عظم باسانی متاثر ہو جاتا ہے کیونکہ اس ہڈی پر کوئی حائل وتری غلاف موجود نہیں ہوتا ہے۔ اس عارضہ میں ہڈی اکثر متخز ہو جاتی ہے اور باہر نکل آتی ہے۔ لیکن

تمام سلامیہ شاذ و نادر ہی تباہ ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے قاعدہ کے اوپر کا حصہ بالعموم صحیح و سالم رہتا ہے اور یہ غالباً عضلہ قابضہ عمقیہ کے فتہ کی وجہ سے محفوظ رہتا ہے۔ اس ہڈی کا قاعدہ ایک برابر ہوتا ہے جو چوڑی سے اٹھارویں یا بیسویں سال تک متحد نہیں ہوتا۔

### داحسوں کے کھولنے کا طریقہ تشریحی نقطہ نگاہ سے اس قدر اہم ہے کہ

اسکا ذکر کر دینا یہاں مناسب ہوگا۔ زیر بشری اور زیر جلدی قسم میں جو انگلی کی گدیوں میں اتار کی چسپیدگیوں سے آگے واقع ہوتی ہے کوئی خاص تشریحی خطرہ نہیں ہوتا لیکن زیر ناخن اور غلافی قسموں میں دقیقہ پیش آتی ہیں۔ جب ناخن کے نیچے پیپ جمع ہو جائے تو صرف ناخن کا دور کر دینا ہی عموماً کافی نہیں ہوتا، بلکہ جلد کے وی (V) کی شکل کا حصہ جو ناخن کے قاعدہ کے اوپر لٹک رہا ہو کاٹ دینا یا اس کے ذواربعتہ الاضلاع رقبہ کو اوپر کی طرف کو الٹا دینا مناسب ہوتا ہے تاکہ نشست گاہ ناخن معرا ہو جائے اور اسکی مسیلت ہو سکے۔ اگر پیپ غلاف میں ہو تو ہر ایک سلامیہ کی جانبوں پر اجمعی طرح شکاف دینا ضروری ہوتا ہے، کیونکہ سلامی غلاف اطراف پر ہی کمزور ترین ہوتا ہے اور یہاں ہی سے پیپ کے اسس کو پھاڑ کر نکل آئیکا امکان ہوتا ہے۔ اگر مناسب ہو تو ایسے شکافوں کو ترجیح دینا چاہئے جو جوڑوں کے بالمقابل متوقف ہوں، کیونکہ میان سلامی اور بعد رسانی سلامی جوڑوں کے بالمقابل بافتوں کو کاٹنے سے احترا کرنے سے وتر کا میکانیکی سہارا برقرار رہتا ہے اور جو خمیدگی اور فقدان قوت دوسری حالت میں نمودار ہو سکتا ہے وہ ظاہر نہیں ہوتا۔ جب پیپ کتنی تاجہ میں ہوتی ہے تو شکاف ماؤف وتر کے خط پر دینے چاہئیں لیکن اس امر کا لحاظ ضرور رکھنا چاہئے کہ انگوٹھے اور چھنگلی کے غلافوں کو سرائت زدہ نہ کیا جائے۔

جب پیپ ملحقہ رباط کے نیچے سے پھیل کر کلائی کیے چوکے ۱/۲ انچ کے حصہ میں جاتی ہے تو یہ عضلہ کا بہ مربعہ (pronator quadratus) اور عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کے درمیان کے لیول پر سے گزرتی ہے، اسلئے شکاف کعبی اور زندگی جاشیوں پر دینے چاہئیں تاکہ وٹروں اور وسطی عصب کو نقصان پہنچائے بغیر اوپر اٹھا کر قبی جتا کر تک رسانی کی جاسکے۔

وتر تاجہ میں آزاد نہیں ہوتے بلکہ زلابی غشا کے شکنوں سے اس سے بستہ ہوتے ہیں۔

شدید موچوں میں بعض اوقات ٹوٹ جاتے ہیں اور اوتار کے مغزی عروق بھی جو انہیں واقع ہوتے ہیں منقطع ہو جاتے ہیں۔ ایسے الشقاق کے بعد تاج میں انصباب پیدا ہو جاتا ہے۔ اصبعی غلافوں میں ششک تقریباً غائب ہوتے ہیں اور رباط طویل (ligamenta longa) اور رباط قصیر (ligamenta breva) جو ذرا ذرا سے ہوتے ہیں وتروں کے سلامی منتہاؤں کے قریب انکے واحد قائم مقام ہوتے ہیں۔ زلابی تاجوں کا استر فلسمانی مرحلہ کا ہوتا ہے اور اس حصہ کے عروق لف سے اسکا نہایت آزادانہ راہ وربط ہوتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اس قسم کے کہنوں سے سرایتی مادہ بہت جلد جذب ہوتا ہے اور نیز الہتہابی اعمال اسی لئے غلافوں کے ساتھ ساتھ باسانی پھیل سکتے ہیں اور اس سے انکے اور انکے اندر کے وتروں کے درمیان انضمام طیار ہو جاتے ہیں۔ اس قسم کے انضمام کے بننے اور تعضیافتہ ہونے سے وتر مثبت ہو جاتے ہیں اور انگلیاں اکڑ جاتی ہیں اور بیکار ہو جاتی ہیں۔ الہتہاب کے رفع ہو جانے کے جلد بعد صرف پونہچے اور انگلیوں کی فاعلی اور انفعالی حرکتیں شروع کرنے ہی سے غلافوں اور وتروں کے درمیان انضمام پیدا ہونے کا سد باب کیا جاسکتا ہے۔

نلہری رسنی رباط کے نیچے وتروں کے لئے چھ زلابی غلاف ہوتے ہیں اور یہ ان چھ قنالوں کے متناظر ہوتے ہیں جو اس رباط سے بنتی ہیں۔ جس غلاف میں وتر زلابی الہتہاب (teno-synovitis) کے پیدا ہونے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے وہ عضلہ معبدہ طویلہ ابہامیہ (abductor longus pollicis) اور عضلہ باسطہ قصیرہ ابہامیہ (extensor brevis pollicis) کا غلاف ہے۔ یہ کجری زائدہ البریہ سے ۳۰ انچ اوپر سے شروع ہو کر پہلے رسنی پس رسنی جوڑ تک جاتا ہے۔ دوسرے غلاف اوپر کی طرف نلہری رسنی رباط کے بالائی کنارہ تک پہنچتے ہیں مگر دونوں کجری باسطات کے غلاف اس رباط سے تقریباً ۱۰ انچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں۔ عضلہ باسطہ مشترکہ (extensor communis) اور عضلہ باسطہ مختصر (extensor minimi digiti) کے غلاف بعدی رخ میں بعد رسنیہ کے وسط تک جاتے ہیں۔ لیکن عضلہ باسطہ اشاریہ (extensor indicis) کا غلاف بعد رسنیہ تک مشکل ہی سے پہنچتا ہے۔ دوسرے غلاف اوتار کے ساتھ ساتھ ان کے منتہاؤں تک جاتے ہیں۔ ان غلافوں کے زلابی استر اور شکن کا تیس کے کسر (Colles's fracture) میں مجروح ہو جاتے ہیں اور اگر انضمام کا اندازہ نہ کیا جائے تو یہ پیدا ہو جاتے ہیں۔

## عروق خون اور عروق لمف - ہاتھ میں رسد خون بہت کافی مقدار میں

ہوتی ہے اور حقیقت یہ ہے کہ لباب انگشت جسم کے نہایت کثیر العروق حصول میں سے ہے۔ کئی محرابوں کے عمل کا ذکر کیا جا چکا ہے۔ کسی ایک کئی محراب کا خون اکیلی کعبی یا زندگی شریان کو باندھنے سے بند نہیں کیا جاسکتا کیونکہ ان محرابوں کا تعلق دونوں عروق سے ہوتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں عروق کو بیک وقت باندھنے سے بھی کوئی بہتر اثر نہیں ہوتا جسکی وجہ یہ ہے کہ کئی محرابوں اور بین العظامی عروق کے درمیان تنعم موجود ہوتا ہے۔ دونوں کئی محرابوں کا تنعم بڑے بڑے عروق کے تنفیہ اور اس ربط و راہ سے قائم ہوتا ہے جو سطحی محراب کی اسیبی شانوں اور زیادہ گہرے عروق کی کئی بین العظامی شانوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ ہتھیلی کے جریان خون میں کعبی اور زندگی شریانوں کا بیک وقت باندھنا بھی بعض اوقات ایسے واقعات میں مکمل طور پر ناکام ثابت ہوا ہے جنہیں محرابوں کے ساتھ یا تو بڑے بڑے غیر طبعی بین العظامی عروق اگر بکثرت متحد ہوتے ہیں اور یہ کم و بیش طور پر ان کے قائم مقام ہوتے ہیں اور یا انکی جگہ ایک بڑی ”وسطی شریان“ موجود ہوتی ہے۔ جب محرابوں کا کعبی یا زندگی حصہ ناقص ہوتا ہے تو نفیس کسی دوسرے عرق سے پورا ہوتا ہے۔ اور یہ معلوم کرنا مناسب ہوگا کہ یہ کمی زیادہ کثرت کے ساتھ یا تو سطحی محراب میں پائی جاتی ہے یا زندگی محراب میں۔

جس مقام پر کعبی شریان ہاتھ کی پشت پر سے ہو کر ہتھیلی کے گہرے حصہ میں داخل ہوتی ہے وہاں یہ انگوٹھے کے رسنی بعد رسنی جوڑ کے ساتھ قریبی تھاس رستی ہے (شکل ۷۵)۔ اگر کبھی سالم انگوٹھے کا پتہ کیا جائے تو اس امر کو ضرور یاد رکھنا چاہئے۔ مزید برآں پہلی بعد رسنی ہڈی کے استیصال جڑی میں بھی اسکا خیال رکھنا ضروری ہے۔ اگر سطحی راجی شریان عظیم الجسامت ہو تو اس سے بعض اوقات خطرناک جریان خون واقع ہوتا ہے۔ یہ شریان استعرض رسنی رباط کی سطح سے منقسم ہو جاتی ہے اور اسلئے جب یہ زخمی ہو جاتی ہے تو اسکا پکڑنا مشکل ہوتا ہے۔

چونکہ انگلیوں اور ہاتھ کی پشت پر کے عروق لمف زیادہ بڑے اور تعداد میں بھی زیادہ ہوتے ہیں اسلئے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ ان حصوں کے زخموں کے بعد ہتھیلی کے زخموں کے مقابلہ میں التهاب عروق لمف (lymphangitis) زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔

ہڈیاں اور جوڑ۔ بعدی کعبی زندگی جوڑ کو ایک مضبوط مثلثی لیغی غضروف

(مفصلی قرص) سہارے ہوتا ہے۔ اور ان ہڈیوں کے درمیان جو رابطی تعلقات موجود ہوتے ہیں انہیں سے یہ مضبوط ترین اور اہم ترین ہوتا ہے۔ عضلہ باسط خضریہ (extensor quinti digiti) کا زلابی غلاف بعض اوقات اس جوڑے سے مربوط ہوتا ہے اور اس لئے اس مفصل کے مرض سے یہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔

352

## پونچے کے جوڑ کی قوت کا انحصار آنا اسکے میکانیکی خاکہ اور رابطات

پر نہیں ہوتا جتنا کہ ان کثیر التعداد مضبوط اوتار پر ہوتا ہے جو اسکے ارد گرد موجود ہوتے ہیں اور اس مفصل کے قریب کی ہڈیوں سے قریبی طور پر بستہ ہوتے ہیں۔ مزید برآں پونچے کی حالت میں طویل بریم جوڑ کی بعدی جانب پر نہیں پایا جاتا۔ راجی کعبی رسنی رابطہ اس جوڑ کا مضبوط ترین رابطہ ہوتا ہے مگر ظہری کمزور ترین ہوتا ہے۔ قبل الذکر ساخت بسط کر دگی کو اور موخر الذکر خم کر دگی کو محدود رکھتی ہے۔ لیکن پھر بھی جبری بسط کر دگی سے پیدا شدہ تضرر بہت زیادہ عام ہوتا ہے کیونکہ جب کبھی آدمی ہاتھ کے بل گرتا ہے تو ہاتھ کی پشت (جبری خم کر دگی) کے بل گرنے کے مقابلہ میں زیادہ تر ہتھیلی (جبری بسط کر دگی) کے بل ہی گرتا ہے۔ ظہری رابطہ کے پتلا ہونے اور نیز جوڑ کے پچھلے حصہ کے محل کے زیادہ سطحی ہونے کی وجہ سے پونچے کے جوڑ کے مرض میں جو انصبا دکھائی دیتا ہے وہ اول اول ہاتھ کی پشت پر نظر آتا ہے۔

## پونچے کے حرکات بین رسنی جوڑ (رسنی ہڈیوں کی پہلی اور دوسری قطا

کے درمیان کا جوڑ) میں بھی اتنی آزادی ہی سے واقع ہوتے ہیں جتنی سے کہ یہ کعبی رسنی جوڑ میں واقع ہوتے ہیں (شکل ۷۷)۔ کعبی رسنی جوڑ کا محور ایسا ہوتا ہے کہ خم کر دگی میں ہتھیلی کا منہ زندگی جانب کو ہوتا ہے مگر بین رسنی (mid-carpal) جوڑ پر خم کر دگی واقع ہونے کی صورت میں ہتھیلی کعبی جانب کی طرف کو حرکت کرتی ہے۔ جب حرکت دونوں جوڑوں پر واقع ہوتی ہے تو یہ رجحانات متوازن ہو جاتے ہیں اور خالص خم کر دگی پیدا ہو جاتی ہے۔ عضلہ باسط رسنیہ (extensor carpi ulnaris) کا وتر بین رسنی جوڑ کے محور کے آگے کی طرف اور کعبی رسنی جوڑ کے پیچھے کی طرف واقع ہوتا ہے، اسلئے یہ ایک جوڑ میں تو خم کر دگی پیدا کرتا ہے اور دوسرے میں بسط کر دگی (ایش ڈاؤن: Ashdowne)۔

پونہچے پر جو عضلات فعل کرتے ہیں ان سے عضلات کے ان مختلف افعال کی مثالیں پیش کی جا سکتی ہیں جو ارادی حرکت پیدا کرنے میں واقع ہوتے ہیں۔ عضلہ (۱) محرک اعلیٰ (prime mover) کے طور پر بھی کام کر سکتا ہے اور (۲) متضاد (antagonist) (۳) متحد الفعل (synergic) اور (۴) تیشی عضلہ کے طور پر بھی مثلاً جب انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں تو عمیق اور سطحی قابضات محرکات اعلیٰ ہوتے ہیں۔ اور ان کے فعل کے متضادات انگلیوں کے باسط عضلات ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں انگلیوں کے خم کن عضلات پونہچے کی خم کردگی بھی پیدا کر دیں اگر پونہچے کے باسط عضلات بطور عضلات متحد العمل اپنا فعل نہ کریں اور جب انگلیوں کے باسط عضلات اپنا فعل کرتے ہیں تو پونہچے کے خم کن عضلات منتقبض ہو جاتے ہیں۔ انگلیوں کی خم کردگی اور باسط کردگی میں پونہچے رسغیہ کے قابض اور باسط عضلات سے حرکت ناپذیر بنایا جاسکتا ہے اور یہ عضلات اس حالت میں عضلات تشبیت کا کام دیتے ہیں۔ چنانچہ حرکت جو بظاہر سادہ معلوم ہوتی ہے عضلات کے گروہوں کے افعال سے پیدا ہوتی ہے۔ اور اسی جمیدگی کی وجہ سے افعال عضلات کا مطالعہ کرنے کے ذریعہ سے عصبی ضررات کا تشخیص کرنا بہت مشکل ہو گیا ہے۔ پونہچے کے عضلات کے متعلق جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ جسم کے تمام عضلات پر بعینہ صادق آتا ہے۔ (دیجوبوریورس کروٹن لینچرس سنڈلر: Breever's Croonian Lectures, 1903:-)

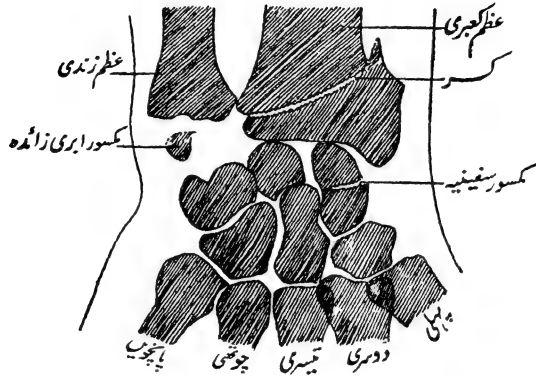
یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ قبل اسکے کہ انگلیوں کے خم کن عضلات قوت سے اپنا فعل کریں پونہچے کا باسط کردگی کی حالت میں ہونا ضروری ہے۔ اگر پونہچا خم کردہ ہو تو ان کی قوت گرفت زائل ہو جاتی ہے۔ ان تمام حالتوں میں جن میں پونہچے کے جوڑے اکڑ جانے یا جا سکا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے اسکو باسط کردگی (ظہری خم کردگی) کی حالت میں باندھنا چاہئے۔ علاوہ ازیں انگشت اشاریہ، وسطیٰ اور ہنصر کے رسغی بعد رسغی جوڑوں میں ٹوڑی حرکت پائی جاتی ہے۔ گرائنگوٹے اور چھنگلی کے انہی جوڑوں میں حرکت آزادانہ واقع ہوتی ہے اور اسکا محفوظ رکھنا ہاتھ کی عمومی فائدہ مندی کے لئے بہت اہمیت رکھتا ہے۔ قبی (glenoid) (راحی بعد رسغی سلامی) رابطات انگلیوں کے تین جوڑوں کے سامنے کی طرف پر بعدی ہڈی سے مضبوطی سے چسبیدہ ہوتے ہیں گو قری سے ڈھیلے طور پر ہی چپکے ہوتے ہیں۔ چنانچہ بعدی ہڈی کے عقبی قطع میں ایسا ہوتا ہے کہ وقتی رابطہ اسکے ساتھ ہی چلا جاتا ہے اور ترمیم میں بہت رکاوٹ پیش کرتا ہے۔ اکیلے وسطیٰ اور بعدی سلامیات کو خم کرتے وقت یہ ظاہر ہو جائے گا کہ پہلے



قرنی سلامیہ کا وتر باسط کے ذریعہ سے مثبت ہونا ضروری ہوتا ہے اور عضلات باسط کے شلل میں صرف انہی دونوں جوڑوں کی ختم کردگی ناممکن ہوتی ہے۔

انگلی کے بعدی جوڑ کو ساتھ کے وسطی سلامیہ کو خم کئے بغیر خمیدہ کرنے کی طاقت بہت کم اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ لیکن آخری سلامیات کے گرد و نواح کے بعض الہتہابی عوارض میں

354



شکل ۷۹۔ کالینس کے کسر کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔ زند کا زائده ابریہ بھی دکھایا ہے۔  
 زور قی کے کسر کا عام محل بھی دکھایا گیا ہے۔

سرے کا جوڑ خمیدہ وضع میں مثبت دکھائی دیتا ہے، حالانکہ انگلی کے دوسرے جوڑ سیدھے ہوتے ہیں۔ یہ حالت انگلی کے وتر باسط کے جزوی یا مکمل انشقاق سے پیدا ہوتی ہے جو عام طور پر انگلیوں کی انتہائی گمانٹوں پر چوٹ لگنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

**کالینس کا کسر (Colles's fracture)**۔ یہ نام ایک کسر کو دیا گیا ہے جو کعبہ کے

نیچے کے سرے میں پونچھے کے جوڑے سے ۱ انچ اوپر تک واقع ہوتا ہے (شکل ۷۹)۔ اس میں ایک معین بدشکلی پائی جاتی ہے اور یہ ہمیشہ بالواسطہ چوٹ مثلاً پھیلے ہوئے ہاتھ پر گرنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اس امر کے لئے معقول وجوہ موجود ہیں کہ ہڈی کو اس مقام پر کیوں ٹوٹنا چاہئے۔ کعبہ کا

نیچے کا سہا بہت اسفنجی ہوتا ہے، مگر پوری میں بستہ ہڈی کی بہت مقدار موجود ہوتی ہے۔ مفصلی سطح سے ۳ انچ کے فاصلہ پر ہڈی کے یہ دونوں حصے ملتے ہیں اور انہی کثافت کا رجحان جو بہت ہی غیر مساوی ہوتی ہے، اس کسر کو اسی محل میں محدود کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ اس ضرر کے میکا نیسز کے متعلق ابھی تک بہت ہی مختلف رائیں قائم ہیں اور اس مضمون پر بہت کچھ لکھا جا چکا ہے۔ پروفیسر چین (Chiene) نے اس ضرر کے متعلق جو کچھ بیان کیا ہے وہ ذیل میں دیا جاتا ہے۔ اس ضرر کی نوعیت کے سلسلہ میں جو نظریہ جات عمومی طور پر تسلیم کئے جاتے ہیں انہی توضیح بہت اچھی طرح سے ہوتی ہے کالیس (Colles) کے کسر کی بدشکلی کا انحصار تہما پہنچنے کے ٹکڑے کی غیر وضعیت پر ہوتا ہے۔

یہ غیر وضعیت سہلہ ہوتی ہے۔ (ا) غلٹی، جہاں تک کلائی کے مقدم موخر قطر کا تعلق ہے۔ (ب) زنی سطح کی غلٹی گردش کلائی کے مستعرض قطر پر۔ (ج) اُس دائرہ کی توسیع گردش جو مرکز رباط مثلثی کی زندگی چسپیدگی پر واقع ہوتا ہے۔ اس دائرہ کا قطر وسط ہوتا ہے جو رباط مثلثی کی زندگی چسپیدگی سے لیکر کعبہ کے زائدہ ابرہ کی ٹوک تک کینیا جائے۔

۵۰ فیصدی سے زیادہ واقعات میں زائدہ کا زائدہ ابرہ بھی اس قوت سے ٹوٹ جاتا ہے جو مثلثی یعنی غضروف میں سے نقتل ہوتی ہے (Morton: مورٹن)۔ اس گردش کی غیر وضعیت کی وجہ دونوں زوائد ابرہ کی ٹوکس ایک لیول پر آجاتی ہیں یا کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ کعبہ کی زائدہ زندگی کے اوپر چڑھ جاتا ہے۔ تقریباً ہر واقعہ میں ایک ٹکڑا دوسرے میں گھس جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کی ٹہری جانب پر جو ٹھوس بافت ہوتی ہے وہ (اسی قوت کے تسلسل سے جس سے ہڈی ٹوٹی ہے) اس اسفنجی بافت کے اندر چل جاتی ہے جو نیچے کے ٹکڑے کی کنفی جانب پر ہوتی ہے۔ ایسا صرف بہت نادار الوقوع مثالوں میں ہوتا ہے کہ ٹکڑے اس حد تک ایک دوسرے سے علحدہ ہوں کہ ایک دوسرے کے اوپر چڑھ جائیں۔ ایسے واقعات میں کعبہ کی زندی رباطات شائد منشق ہو جاتے ہیں۔ اور پونچے میں کالیس (Colles) کے کسر کی وہ معیاری بدشکلی نہیں پائی جاتی۔ ۱۰۰ واقعات کی جو کالیسٹس کا کسر شخص کئے گئے تھے شعاع نگاروں کا مطالعہ کرنے سے ڈاکٹر آر۔ مورٹن (Dr. R. Morton) نے یہ معلوم کیا کہ ۳ میں کسر اور خلیع دونوں موجود تھے اور ۱۱ میں نیچے کا کعبہ برہالہ

356

علمہ ہو گیا تھا۔ یہ بر بالہ اتفاقی ضرب سے اکثر علیحدہ ہو جاتا ہے۔ بیسویں سال کے قریب یہ پوری سے متحد ہوتا ہے اور اسکا مقام اتحاد ایک خط سے لیا ہوتا ہے، جو تقریباً افقی ہوتا ہے۔ یہ بر بالہ ایک رنچ پر جو زند کے لئے ہوتا ہے اور عضلہ عضلہ کبریہ کے منہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ جب سے امتحان کے لئے شعاع نگاری کے طریقے رائج ہوئے ہیں اسوقت سے معلوم ہوا ہے کہ بہت سی چوٹیں جو پہلے وہیں تصور کر لی جاتی تھیں فی الحقیقت رسنی ہڈیوں کے کسریاں انکی غیر وضعیت یا بعد رسنیہ کے کسر سے پیدا ہوتی ہیں۔

پانچ مفصلی زلابی کہنے ہیں جو رسنیہ سے تعلق رکھتے ہیں (شکل ۸۰)۔ یہ مندرجہ ذیل علامات پر واقع ہوتے ہیں۔ (ا) رسنیہ اور کلائی کی ہڈیوں کے درمیان۔ یہ بعض اوقات زینہ کبریہ زندگی کہنے سے مثلثی یعنی غضروف (مفصلی قرص) کے ذریعہ سے راہ و ربط رکھتا ہے۔ (ب) کلاب نما (unciform) ہڈی اور چوٹے اور پانچویں بعد رسنیوں کے درمیان۔ (ج) انگوٹھے کے بعد رسنیہ اور عظم منحنیہ (trapeziun) کے درمیان۔ (د) تمام رسنی ہڈیوں کے درمیان۔ (و دوسرے اور تیسرے اصابع کے رسنی بعد رسنی جوڑوں تک پھیلے ہوتے ہیں۔ (س) عظم مثلثیہ اور فائدہ نما ہڈیوں کے درمیان۔ (ب) (ج) اور (د) کہنے اکثر آپس میں ایک دوسرے سے مل جاتے ہیں اور ایک بڑا اور پیچیدہ جوڑ بن جاتا ہے۔

سفنئید (scaphoid) کا کسریا تو کھلی مصلی کے بل گرنے کا نتیجہ ہوتا ہے اور بالبال واسطہ ضرب کا۔ ”ناس دانی“ (suuff-box) کے فرش پر واقع ہوتی ہے اور وہاں اسکا جس کیا جاسکتا ہے عظم نیم قمری (semilunar) اکثر اپنی جگہ سے ہل جاتی ہے اور بعد رسنی ہڈیوں میں سے پانچویں نہایت کثرت سے ٹوٹی ہے

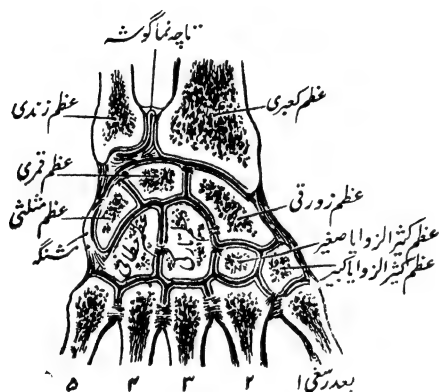
**خلوع۔ ۱۔ پوہنچے کے جوڑ کے۔** مذکورہ بالا وجہ کی بنا پر یہ جوڑ

استعد مضبوط ہوتا ہے کہ رسنی کبریہ خلع نہایت ہی شاذ طور پر واقع ہوتا ہے اور جب کبھی ایسے خلوع واقع ہوتے ہیں تو انہی وجود کی بنا پر یہ بالعموم بہت پیچیدہ ہوتے ہیں اور ان کے ساتھ جلد کی دریدگی، اوتار کا انشقاق، زلابی غلافوں کا ضرر اور ہم پہلو ہڈیوں کا کسریا یا جانا ہے۔

رسفیع کے علوم یا تو پیچھے کی طرف کو ہوتے ہیں اور یا آگے کی طرف کو۔ موزر الذکر نہایت ہی

نادر الوقوع ہیں۔  
۲۔ عظم کبیر (os magnum) (عظم تار کی: os capitatum) کا خلع۔  
ہاتھ کی جبری خم کردگی میں عظم کبیر (os magnum) طبعا پیچھے کی طرف کو مھسل کر ہاتھ کی پشت پر

357



شکل ۸۰۔ پونہیے کا جوڑ۔

کننگھم : Cunningham کے مطابق - ٹیکسٹ بک آف اناٹومی -

اُبھر آتی ہے۔ بہت انتہائی ختم کردگی میں جیسا کہ ڈنگیوں (kunkles) پر یا بعد رسغیہ کی پشت پر گرنے میں ہوتا ہے۔ اس ہڈی کی یہ خلفی حرکت بعض اوقات اس قدر ہوتی ہے کہ اس کا جزویا خلع واقع ہو جاتا ہے۔ اور اس خلع کے ساتھ رباطات کا کس قدر انشقاق بھی پایا جاتا ہے۔

357

۳۔ انگوٹھے کے بعد سنی سلامی جوڑوں کے خلوع۔ اس خلع

میں قربی سلامیہ بالعموم بھیجے کی طرف کو ہٹ جاتا ہے اور چونکہ اس کی ترجیع میں اکثر بہت وقت  
 ہنس آتی ہے اسلئے یہ ضرور دیکھی رکھنا ہے۔ ترجیع میں اس جوڑ کی کئی جانب پر کالیفی غصوفی مصنفہ

358

رکھی، وقتی یا راحی معین رباط، رکھوٹ پیدا کرتا ہے۔ یہ صوف سلامیہ سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے اور طرفین پر جانبی رباطات سے ملا ہوتا ہے۔ جب یہ سلامیہ نلوع ہو جاتا ہے تو وقتی لیفی غضروف (glenoid fibro-cartilage) سمسمانی ہڈیاں اور عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیرہ (flexor brevis pollicis) کے اوتار بھی ایسے ساتھ ہی ٹل جاتے ہیں اور نیز عضلہ قابضہ طویلہ کا وتر بعد رسنی ہڈی کی گردن کے گرد لپٹ جاتا ہے۔ اگر ترجیع میں زیادہ تر رکاوٹ لیفی غضروف کے بعد رسنیہ کے سر کے پیچھے کی طرف ٹل جانے ہی سے پیدا ہوتی ہے۔ جوڑ کی موخر جانب پر شکاف دینے سے تنیدہ ساتھیں بغیر کسی شدید نقصان کے ڈھیلی ہو جاتی ہیں اور جبران اس نلوع کی ترجیع کر سکتا ہے۔

شدید چوٹ سے ایک یا زیادہ انگلیوں کا قلع (avulsion) ہو سکتا ہے۔ ایسی حالتوں

میں جو انگلی ملحدہ ہو جاتی ہے وہ اپنے ساتھ اپنے بعض یا تمام اوتار بھی لے جاتی ہے۔ یہ اوتار علی طول پر پیش بازو ہی میں سے کچھ آتے ہیں اور انکا طول بعض اوقات معتد بہ ہوتا ہے۔ جب انٹھی کے ساتھ صرف ایک ہی وتر ٹوٹ کر نکلتا ہے تو یہ بالعموم عضلہ قابضہ عمقیہ (flexor profundus) کا ہوتا ہے۔

# باشبازدہم

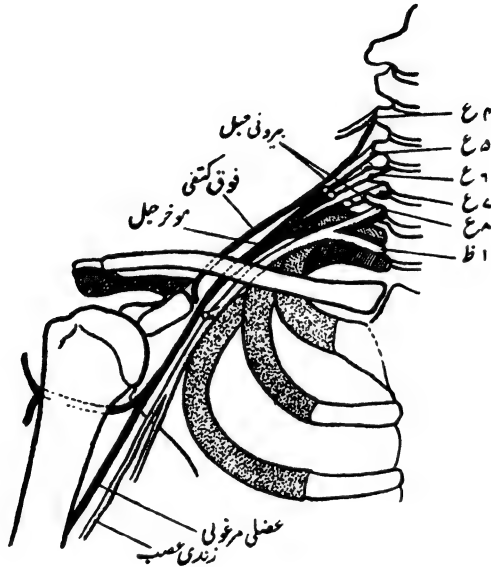
## جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد

359

سابقہ ابواب میں ہم نے بازو کے ہر ایک عصبی تنے کے جراحی تعلقات کا مختصر سا ذکر کیا ہے۔ اب جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد کا بحیثیت مجموعی بیان کرنا مناسب ہوگا۔ جسم انسان اولاً قطعات میں مرتب ہے۔ کموپری اور عمود شوکی کے محور کے ساتھ ایک تشریحی قطعہ کے بعد دوسرا تشریحی قطعہ واقع ہے اور ہر قطعہ کی اصلی عصبی رسد اپنی ہوتی ہے۔ اس امر کو مد نظر رکھتے ہوئے کہ جوارح دھڑہ کی بروں بالید ہیں، ہم یہ معلوم کر سکتے ہیں کہ جسم کا ہر وہ قطعہ جو جوارح کا متصل ہے اس کو عصبی رسد بھی ہمیا کرتا ہے۔ جنین میں جارحہ اعلیٰ پانچویں چھٹے ساتویں اور آٹھویں عنقی اور پہلے ٹھری قطعوں سے پیدا ہوتا ہے۔ لہذا انہی قطعات کے شوکی اعصاب ہی عضدی صفیرہ کی نکون میں حصہ لیتے ہیں (شکل ۸۱)۔ اگر ان قطعی اعصاب کے منظم تفرع کو معلوم کرنا ہو تو جارحہ کو ابتدائی یا جنینی حالت میں رکھنا ضروری ہے، جس میں باسط یا ٹھری جانب سب سے اوپر ہوا اور کعبہ اور انگوٹھا جارحہ کے مقدم یا پیش محوری (preaxial) کنارے پر ہوں اور زندہ اور چھٹل پس محوری (postaxial) کنارے پر ہوں۔ جب جارحہ اس حالت میں رکھا جاتا ہے (دیکھو شکل ۸۳ ب) تو یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ پانچواں چھٹا ساتواں اور آٹھواں عنقی اور پہلا ٹھری سب کے سب

اعصاب جارحہ کے پیش محوری کنارہ سے لیکر پس محوری کنارہ تک ایک ترتیب سے متفرع ہیں۔ اس ضغیرہ کا وسطی عصب (ساتواں) ہاتھ کے وسطی اعصاب کو اور چھٹا ہاتھ کے پیش محوری کنارے اور آٹھواں اسکے پس محوری کنارے کو رسد پہنچاتا ہے۔ پانچواں عنقی اور پہلا ظہری علی الترتیب

360



شکل ۸۱۔ عضلی مرغولی (کعبی radial) عصب کی ظہری پیش محوری اور عصب زندی (ulnar) کی بطنی پس محوری ابتدا کو ظاہر کرتی ہے جو عضدی ضغیرہ سے ہوتی ہے۔

بازو اور پیش بازو کے پیش محوری اور پس محوری کناروں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ یہ اصلی فلتی اعصاب ہیں لیکن جیسا کہ شکل ۸۱ سے ظاہر ہوگا چوتھا عنقی اور دوسرا ظہری شوکی عصب بھی مختلف جہات کے ریٹے بھیجتا ہے۔ پیش بستہ (prefixed) قسم کے عضدی ضغیرہ (دیکھو صفحات 204-205) میں چوتھا عنقی نسبتاً بہت زیادہ حصہ لیتا ہے اور دوسرا ظہری کوئی حصہ نہیں لیتا۔

پس بستمہ (postfixed) قسم میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے۔ نصف یا اس سے زائد عصبی قطعہ کے شوکی تفرع میں کسی حد تک انفرادی اختلاف پایا جاتا ہے۔ مزید برآں یہ ضروریہ کہنا چاہئے کہ فلتی تفرع جلد تک ہی محدود نہیں ہوتا بلکہ اس سے جوارح کی تمام عمیق ساختیں اور بالخصوص عضلات متاثر ہوتے ہیں۔

اعصاب کی ایک اور ابتدائی تفریق پر زور دینے کے لئے شکل ۸۱ میں بند (ulnar) اور عضلی مرغولی (کبری) اعصاب کے مبادی ظاہر کئے گئے ہیں۔ جو شوکی اعصاب جوارح کی طرف جاتے ہیں وہ فقری سوراخوں میں سے نکلتے ہی بطنی اور نہری دو قسموں میں تقسیم ہو جاتے ہیں۔ ایسے بطنی کا تفرع جوارح کی عمق میں جانب پر ہوتا ہے اور نہری کا اسکی باسط جانب پر۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ زندگی عصب آٹھویں غنتی اور پہلے نہری سے نکلتا ہے۔ اور عضلی مرغولی عصب پانچویں کے پانچوں اعصاب کی نہری قسموں سے بنتا ہے۔ لیکن اس میں جو حصہ پہلا نہری لیتا ہے وہ بالعموم ذرا سا ہی ہوتا ہے۔ نیز یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ باسط اعصاب کا رجحان پیش محوری اور خم کی اعصاب کا پس محوری ہونے کی طرف ہوتا ہے۔

مزید برآں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ عضلہ ایک ہی شوکی عصب کا محتاج نہیں ہوتا۔ عضلی شاخ میں ہمیشہ دو یا دو سے زائد شوکی اعصاب کے ریشے پائے جاتے ہیں۔ لہذا ایک ہی شوکی عصب کے گھٹنے سے کسی عضلہ کا صرف جزو شلل ہی نمودار ہوتا ہے اور کیسی بھی مکمل نہیں ہوتا۔ جبل شوکی کے اندر کے وہ خلوی مراکز جن سے عضدی ضغیرہ کے عصبی ریشے تعلق رکھتے ہیں فعلی گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں۔ اکثر عضلات کا فعل پیچیدہ ہوتا ہے اور ان کا تعلق مختلف افعال یا حرکات سے ہوتا ہے اسلئے یہ ضروری ہے کہ ان تک ریشے مختلف خلوی مراکز سے پہنچیں۔ لہذا یہ ریشے جبل شوکی سے مختلف شوکی اعصاب کے ذریعہ سے مکمل کراتے ہیں۔ کسی عضلہ میں مکمل شلل پیدا کرنے کے لئے تمام شوکی اعصاب کو جن سے اسکی عصبی رسد آتی ہے کاٹنا ضروری ہوتا ہے۔ ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک عضلہ ایک فعل کے لحاظ سے تو مشلول ہو اور دوسرے کے لحاظ سے فعال (کوکن میکنزی: Colin Mackenzie)۔ یہ بھی ضروریہ یاد رکھنا چاہئے کہ عضلہ کو صرف حرکت یا درآر رسد ہی نہیں پہنچتی، بلکہ اس میں حسی یا برآر رسد بھی نہایت افراط سے موجود ہوتی ہے۔

ان نوغزال ذکر ریشوں سے ہم عمیق دباؤ اور انقباض یا درود کا درجہ معلوم کرتے ہیں۔



درآر ریشے جو اذتار اور رباطات اور مفاصل اور ہڈی سے شروع ہوتے ہیں وہ بھی اعصاب کی عضلی شاخوں میں پائے جاتے ہیں۔ جن اعصاب کی ابتدا ان تمام ساختوں سے ہوتی ہے وہ غیر منفی حس پذیر می کا فعل سرانجام دیتے ہیں۔ جو درآر تہیجات ان اعصاب کے ذریعہ سے منتقل ہوتے ہیں ان سے فتور کی بعض حالتوں میں درو کا احساس پیدا ہوتا ہے۔

**سطحی یا جلدی حس پذیر می کے اعصاب جلد میں سے شروع ہوتے**

ہیں۔ ہیڈ (Head) اور شیرن (Sherren) کے مطابق جلدی اعصاب کے ریشے دو گروہوں پر مشتمل ہیں۔ (۱) وہ ریشے جو اس حس پذیر می کے فعل کو سرانجام دیتے ہیں جسکو انھوں نے تخریج مرضی حس پذیر می (protopathic sensibility) کے نام سے موسوم کیا ہے۔ یہ ریشے درذخیر تہیجات کو منتقل کرتے ہیں۔ یعنی ایسے تہیجات کو جو تضرر سے پیدا ہوتے ہیں مثلاً بن کی جھن وغیرہ یا جو ایسے اجسام سے پیدا ہوتے ہیں جنکی تپش جلد کی لمبی تپش سے بہت زیادہ یا کم ہوتی ہے (۲) وہ ریشے جو اس حس پذیر می کے فعل کو سرانجام دیتے ہیں جسکو انہی مصنفین نے برناتقد حس پذیر می (epicritic sensibility) کا نام دیا ہے۔ موثر الذکر کم سے کم تین قسموں سے ہوتے ہیں۔ (۱) وہ جو ان تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو کسی ہلکی چیز مثلاً روئی سے جھونے سے پیدا ہوتے ہیں۔ (۲) وہ ریشے جو ان اشیاء سے پیدا شدہ تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو جسم کی تپش سے بہت زیادہ گرم نہ ہوں۔ (۳) وہ ریشے جو ان تہیجات کو منتقل کرتے ہیں جو ان اشیاء سے پیدا ہوتے ہیں جنکی تپش جلد کی تپش سے بہت کم نہیں ہوتی۔ ہیڈ (Head) اور شیرن (Sherren) کا یہ بیان ہے کہ جب کوئی ایسا جلدی عصب جو ہاتھ یا بازو کے بعدی حصہ کو جاتا ہو کاٹ دیا جاتا ہے تو جس رقبہ میں پن کی جھن کی حس پذیر می زائل ہو جاتی ہے وہ اس عصب کے تشریحی تفرع کے رقبہ سے بہت کم ہوتا ہے۔ مگر ہلکے لمس کا فقدان تقریباً تشریحی تفرع کے رقبہ کا تناظر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۴، صفحہ 375) دوسرے لفظوں میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ جارجہ کے بعدی حصوں میں تخریج مرضی حس پذیر می کے متصلہ نظامات کے تفرع میں ایک بڑی حد تک تراکب

پایا جاتا ہے، مگر اسکے قسربنی یا قاعدی حصوں میں اسکے برعکس حالت پائی جاتی ہے اور برناتہ (epicritic) نظام میں زیادہ تر اکب پایا جاتا ہے۔ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ اگر کسی عصب میں ٹانکے لگنے کے بعد عمل اندمال جاری ہو تو اسکے طبعی تفرغ کے رقبہ میں نخز مرضی (protopathic) حس پذیر برناتہ (epicritic) حس پذیر سے پہلے ٹوٹ آتی ہے۔ مزید برآں یہ امر بھی مشاہدہ میں آچکا ہے کہ جب کبھی کوئی عصب کسی عنقی پبلی کے مقابل یا کسی مندمل ہوتے ہوئے ندبہ میں مضبوط ہو رہا ہو تو نخز مرضی حس پذیر کی رقبہ برناتہ حس پذیر کے رقبہ کی نسبت زیادہ چھوٹا یا تنگ ہوتا ہے (سٹاپ فورڈ: Stopford) مگر اس امر کا بھی خیال رکھنا چاہئے کہ ٹروٹر (Trotter) اور مورسٹن ڈیویز (Morriston Davies) اور ٹائیل (Tinell) حس پذیر کی ایسی واضح تفریق دریافت کرنے میں ناکام رہے ہیں۔ اور نیز انھوں نے یہ معلوم کیا ہے کہ ان حس پذیر یوں کے رقبہ جات تقریباً ایک ہی ہوتے ہیں اور یہ تقریباً ایک ہی وقت پر ٹوٹ آتی ہیں۔

جوارح کے اعصاب کے ضغط یا دیگر ضرات میں عرقی حرکی نظام کا

**اختلال اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔** جارح کی شریانوں کی عرق حرکی رسد پر پروفیسر ونگیٹ ٹوڈ (Prof. Wingate Todd) اور اسکے شاگردوں نے کمر تحقیقات کی ہے۔ گردن کے جل مشارکی سے ایک خاص شاخ زیر تر قوی (subclavian) شریان کو جاتی ہے جو اس سے اس کے پہلی پبلی تک پہنچنے سے پہلے جاملتی ہے۔ وسطی اور زندگی اعصاب بازو کے نیچے حصے سے گزرتے وقت عضلانی (brachial) اور دوسری شریانوں کو کثیر التعداد شاخیں بھیجتے ہیں۔ یہ عرق حرکی ریشہ عضلانی مضمر کے تنوں، احوال اور اعصاب میں سے گزرتے ہیں اور جب کوئی دباؤ پڑتا ہے تو اسکے خاص طور پر متضرر ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ اعصاب کے غلاف مضبوط ہوتے ہیں اور یہ اندر کے عصبی ریشہ جات کی معمولی درجہ کی چوٹ وغیرہ سے محافظت کرتے ہیں۔ عرقی غدود کی بھی جو انگلیوں اور ہتھیلیں پر بہت کثرت سے موجود ہوتے ہیں نظام مشارکی سے ایک خاص عصبی رسد ہوتی ہے۔ جو ریشہ ہتھیلی کے عرقی غدود کو جاتے ہیں وہ عصب وسطی میں سے گزرتے ہیں کیونکہ ہاتھ کے ان غدود میں صرف اسی عصب کے کاٹنے یا اس کے مشلول ہو جانے ہی سے اختلال واقع ہوتا ہے۔ ان حالات کے تحت ان سے ایک مثلی افزا بافراط پیدا ہوتا ہے۔

## جارج اعلیٰ کے اعصاب کو ضرر پہنچنے سے جو علامات پیدا ہوتے

ہیں انکا انحصار ضرر رسیدہ مقام پر ہوتا ہے۔ اگر پانچواں شوکی عصب (اپنے مبدا) جو جبل شوکی میں ہوتا ہے اور اس مقام کے درمیان جہاں یہ بین فوقی سوراخ سے نکلتا ہے عنقی فقرات کے کسریا انکی بوسیدگی سے کچلا جائے تو ضرر کے بعد عین نما عضلات (rhomboids) عضلات شوکیہ (spinati)، عضلہ دالمیہ، ذوراسمین، عضلہ عسدرہ اور عضلہ عسدرہ کبریہ

364

(brachio-radialis) میں جزوی یا مکمل شلل واقع ہو جاتا ہے۔ مگر یہ ایک عجیب امر ہے کہ اس ضرر کے ساتھ فقدان حس نہیں پایا جاتا۔ شاید اس امر سے کہ پانچویں عنقی عصب کی موثر تر بہت چھوٹی ہوتی ہے مذکورہ امر کی توضیح میں مدد مل سکے (ڈبلیو ہیرس: W. Harris)۔ انھوں عنقی اعصاب کے مبدا سے عین اوپر جبل شوکی کو ضرر پہنچنے سے بازو کے زخمی نصف کی جلد عظیم الحس ہو جاتی ہے اور انگلیوں اور ہاتھ اور پونچے کے عضلات اور نیز کہنی اور کندھے کے بھی کچھ عضلات مشلول ہو جائینگے۔ بازو کے عضلات کے مختلف گروہوں کی تعصیبت کیلئے جو ریشے جاتے ہیں وہ جیسا کہ ہیں ابھی معلوم ہو چکا ہے جبل کے تناظر قطعات سے پانچویں عنقی سے لیکر پہلے ٹھہری عصب تک کے تمام اعصاب کے ذریعہ سے بالترتیب نکلتے ہیں۔ جو ریشے کندھے کے عضلات معمدہ کے لئے جاتے ہیں وہ پانچویں عصب میں سے گزرتے ہیں۔ اور عضلات مقربہ کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور کہنی کے عضلات قابضہ کے پانچویں اور چھٹے اعصاب میں سے اور ایکے عضلات باسط کے ساتویں اور آٹھویں عصب میں سے اور پونچے اور انگلیوں کے عضلات باسط کے چھٹے اور ساتویں عصب میں سے اور ایکے عضلات قابضہ کے آٹھویں عنقی اور پہلے ٹھہری میں سے گزرتے ہیں۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ عنقی شوکی عصب شوکی قبال میں سے اس مقام پر باہر نکلتا ہے جو اس عصب کے بعد کے شوکی عصب کے مبدا کے مقابل ہوتا ہے۔

ہیرنگھم (Herringham) نے جارج بالا کے اعصاب کے اندر کے ریشوں کے معمولی شوکی مبادی اور بڑے بڑے عضلات کی معمولی عصبی رسد کو مندرجہ ذیل طریقہ سے

بیان کیا ہے۔

## اعصاب

طویل سیدی . ۵ - ۶ - ۷	صغیر داخل (وسطانی) جلدی - ۱
نوق کتفی - ۵ یا ۶ - ۷	متنن (بغلی) - ۵ - ۶
خارجی (جانبی) جلدی . ۵ - ۶ - ۷	وسطی - ۶ - ۷ - ۸ - ۱
داخلی (وسطانی) جلدی - ۱ یا ۲ - ۸	نزدی - ۸ - ۱
	عصبی مرغولی (کبری) - ۶ - ۷ - ۸ یا ۵ - ۶ - ۷ - ۸

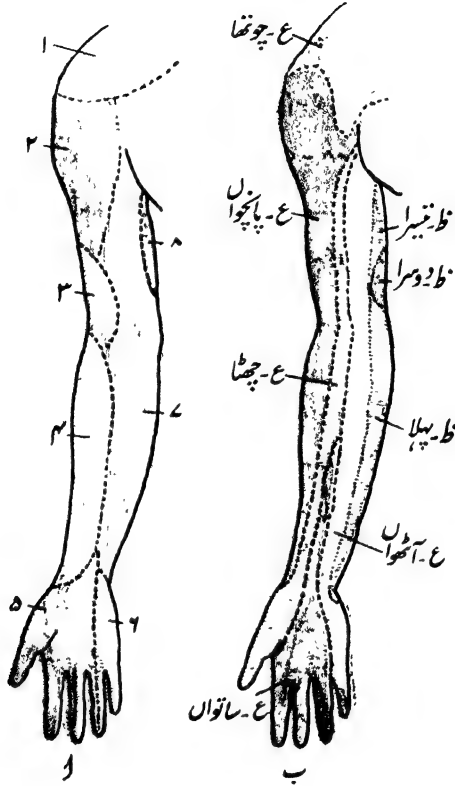
## عضلات

۳ - ۴ - ۵ - رافع الکنت	۵ - ۶ - عظمہ والید - زیر کتفی - عظمہ
۵ معین نما عضلات	۶ - عظمہ ملج کبیرہ - عظمہ کا - ملجہ - عظمہ قابضہ برقیہ
۵ یا ۶ - ذوراسین - عظمہ عضدہ - متقدم - فوق شوی	کبریہ - عظمہ عضدہ کبریہ - اور عضلہ بالجو - سطحی اہبای
اور تحت شوی عضلات - عظمہ ملج صغیرہ	عضلات -
۶ یا ۷ - عضلات باسطہ رتغیہ کبریہ	۵ - ۶ - عظمہ فٹارہ کبیرہ
۷ - عضلہ غرابیہ عضدہ - عضلہ غریضہ لہریہ - پیش بازو کی	۷ - ۸ - ۱ - عضلہ قابضہ سطحی - عضلہ قابضہ عمیقہ - رتغیہ
پشت پر کے عضلات باسطہ مثلثیہ الرؤس کا بیرونی سر -	لوہلہ اہبامیہ - عضلہ کا - مریدہ
۷ - ۸ - عضلہ مثلثیہ الرؤس کا اندرونی سر -	۸ - مثلثیہ الرؤس کا لوہلہ سر - زیر اہبای عضلات بین اعضا
	عضلات - عمیق اہبای عضلات -

## انگیلیوں کی جلدی عصبی رس کے متعلق یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ

انگوٹھے اور دونوں بیرونی انگیلیوں کی اور منصر کی کبری طرف کی کتفی جانب کو عصب رتغی (median) رس پہنچا تاہم یہ دربتیہ ایک اور نصف انگی کی اسی جانب کو عصب نزدی (ulnar) رس پہنچتی ہے (مثل ۸۲) - انگوٹھے کی لہری جانب کو جانبی کبری جلدی عصب (lateral radial cutaneous) اور اشاریہ اور وسطی کی لہری جانب کو (دوسرے سلامیہ کے قاعدہ تک) عصب کبری (radial) رس پہنچا تاہم اور ان کے دوسرے اور

تیسرے سلامیات کو عصب وسطیٰ (median) سے رسد پہنچتی ہے۔ چونکہ نگلی اور انگشت خستہ قسم کی

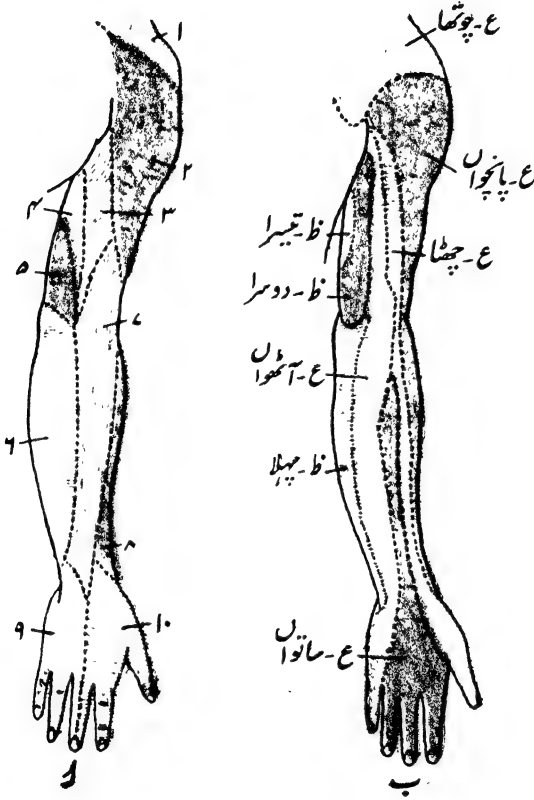


366

شکل ۸۲۔ ۱۔ بازو کے قابض یا (راحی) رخ کی جلد پر اکیلے اکیلے جلدی عصب کا انقسام۔ ۲۔ بغلی۔ ۳۔ بازو کا نوخیز جلدی۔ ۴۔ عضلی جلدی۔ ۵۔ وسطی۔ ۶۔ زندی۔ ۷۔ وسطی۔ ۸۔ بین فیصلی ذرا یعنی۔

لے اس امر کا خیال رہے کہ دونوں بعد، لامیات کی ٹھہری جانب پر کسی لطیف عصب کا چلا بانا عمومی قاعدہ سے خلاف ہوتا ہے۔

زندگی جاتب کو عصب زندگی (ulnar) رس پہنچاتا ہے۔ انگشت خاتم کی کعبی جانب کو دوسرے



شکل ۳۸۔ بازو کے باطنی یا ظہری رخ کی جلد پر ایک لکیر اکیلے جلدی عصب کا اقسام۔

ب۔ اسی رخ پر شوکی (فلقی) اعصاب کا اقسام۔ (ا میں عصب کعبی کو ۱۳

اصابع کو اور عصب زندگی کو ۱۱ اصبع کو رسد پہنچاتے ہوئے دکھانا چاہئے تھا)۔

۱۔ مونرفرق ترقوی۔ ۲۔ بغل۔ ۳۔ وسطی جلدی (کعبی)۔ ۴۔ بازو کا موخر جلدی۔ ۵۔ پینٹیلی ذرا صیتی۔ ۶۔ سبلی

جلدی۔ ۷۔ ظہری جلدی۔ ۸۔ عضل جلدی۔ ۹۔ زندگی۔ ۱۰۔ کعبی۔

36'

سلامیہ کے قاعدہ تک عصب کعبی (radial) سے رسد پہنچتی ہے اور اس اصبع کے اس جاتب کے

بقیہ حصہ کو عصب وسطی (median) رسد پہنچاتا ہے (شکل ۸۳)۔ وسطیٰ اور بصرہ کے درمیان کی گھٹائی کو گاہے گاہے عصب زندگی (ulnar) رسد پہنچاتا ہے، اور کبھی اس کے کچھ حصہ کو زندگی سے اور کچھ حصہ کو کبھی سے رسد پہنچتی ہے۔ (جن جڑوں اور شوکی قطعوں سے یہ اعصاب تعلق رکھتے ہیں انکی وضاحت شکل ۸۲ اور ۸۳ سے ہو سکتی ہے)۔ ہاتھ کو زیادہ تر رسد ساتویں عصب ہی سے پہنچتی ہے۔ قریب چار کے شوکی اعصاب معمولی نہائی شاخوں کی طرح اپنے تفرع میں ایک بڑی حد تک متراکب ہوتے ہیں۔ عدم حسیت کا رقبہ تشریحی تفرع کے رقبہ سے ہمیشہ چھوٹا ہوتا ہے۔ بازو کی زندگی جانب پر کے اعصاب جبل کے ان قطعات سے آتے ہیں جن سے مشارکی (حسی) اعصاب ہلکے قلب کو جانتے ہیں۔ ذبح صدری (angina pectoris) میں قلب فی الحقیقت درد کا باعث ہوتا ہے لیکن مریض ذبح بعد بائیں بازو کی زندگی جانب پر محسوس کرتا ہے اور اسی سے منسوب بھی کرتا ہے۔

368

**عصدی ضغیرہ کی نیچے کے تنے کا شلل**۔ جن مریضوں میں عنقی پسلی موجود ہوتی ہے، انہیں بازو کے جردی شلل کے پائے جانے کا ذکر کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 207)۔ ایسا شلل جو عام طور پر سن بلوغ پر پہنچنے کے جلد بعد نمودار ہونا شروع ہوتا ہے اور جو عورتوں میں مردوں کی نسبت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ عصدی ضغیرہ کے سب سے نیچے کے تنے کے اس سلی کو دبانے سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ زندگی عصب کا رقبہ تفرع ہی سب سے زیادہ ماؤف ہوتا ہے (شکل ۸۱)۔ وڈ جونز (Wood Jones) نے یہ ثابت کیا ہے کہ پہلی پسلی کا زیر تر قوی میزاب سب سے نیچے کے تنے سے پیدا ہوتا ہے اور نیز اس عصب کا دباؤ بعض حالتوں میں پسلی کو خمیدہ کر دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ لہذا یہ امر تعجب خیز نہیں ہے کہ ایسے افراد میں جنہیں عنقی پسلی موجود نہیں تھی سب سے نیچے کے تنے کے تفرع میں عصبی اعتمال موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ سب سے نیچے کے تنے میں جاڑ کی زیادہ تر عرق محرکی رسد موجود ہوتی ہے، کیونکہ مذکورہ بالا واقعات میں عرق محرکی شلل کی وجہ سے جلد اکثر سرخ اور متورم ہوتی ہے۔

**وہ شلل جو ان عصبی ضررات سے پیدا ہوتے ہیں جو ضغیرہ سے نیچے واقع ہوتے ہیں**

اگر صحیح تشخیص کرنا مقصود ہو تو ایسے ضررات فی الحقیقت تھوڑے ہی ہیں جبکہ اتنے ہی غور سے مطالعہ

کرنے کی ضرورت ہوتی ہے جتنے غور سے کہ اعصاب کے ضرر کا کیا جاتا ہے۔ ضرر رسیدہ عصب کی تشریح اور فعلیات کے علم ہی کی صرف ضرورت نہیں پڑتی بلکہ ان مختلف حرکتوں کا جاننا بھی ضروری ہوتا ہے جو کہ بعض زائل شدہ فعل کی جگہ بعض اوقات اس خوبی سے سرانجام دیتا ہے کہ تجربہ کار ماہر تشخص کو بھی دھوکا ہو جاتا ہے۔

### عضلی مرغولی (کعبری) عصب کو اکثر ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اس پر

بغل میں دباؤ پڑ سکتا ہے (عکاز شلل) یا کبھی کبھی عضلی میزاج میں بھی ایسا ہوتا ہے جیسا کہ کرسی یا میز کے سخت کنارے پر بازو رکھ کر گہری نیند سو جانے میں (شب ہفتہ کا شلل) یا زیر ذمہ کی پوری کے کسر کے بعد۔ دشعبہ (callus) سے مجروح یا مضبوط ہو جاتا ہے۔

369

گھر۔ یہ عضلہ ضعیفہ کی موخر جل سے نکلتا ہے (فصل ۵۰ صفحہ 204) اور ان تمام شلو کی اعصاب سے جو ضعیفہ میں حصہ لیتے ہیں ریشے آکر اس میں ملتے ہیں۔ یہ عصب مصبی عرقی بندل کے پیچھے سے بغل کو موخر کرتا ہے اور عضلی مصبی میزاج میں ذراعیہ کی موخر جانب کے گرد ایک تڑچھے رخ میں پھر جاتا ہے۔ یہاں مثلثہ الرؤس کے اندرونی اور بیرونی سروں کے درمیان اور اس کے طویل سر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور اسکے ساتھ شریان عمیق (profunda artery) بھی ہوتی ہے عضلا دالید (deltoid) کے منہتی اور خارجی سر قندال کے درمیانی فاصلہ کے تقریباً نصف پر یہ خارجی بین عضلی فاصلہ کو مشعب کر کے ذوراسین (biceps) اور بالطمہ طویل (supinator longus) کی درمیانی فضا میں چلا جاتا ہے۔ کہنی کے خم پر یہ مندرجہ ذیل شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ (ا) ایک منہتی شاخ جو خالستہ صمی ہوتی ہے اور بالطمہ طویل کے کنارے کے نیچے نیچے چلی جاتی ہے اور اس کے وتر کے نیچے سے گزر کر کعبری جانب کو موخر جاتی ہے اور کعبہ کے جانبی ماسٹشیہ کے گرد پھر جاتی ہے اور پو نیچے کی پشت پر تین شاخوں میں تقسیم ہو کر زیر جلدی طور پر ختم ہو جاتی ہے۔ (ب) ایک اہم موخر شاخ یعنی "موخر بین العظامی" (posterior interosseous) جو بالطمہ قصیرہ (supinator brevis) میں سے گزر کر کعبہ کی گردن کی بیرونی جانب کے گرد پھر جاتی ہے اور اسکے بعد کلائی کے عضلات کے درمیان آگے بڑھ جاتی ہے اور سب کو صحر کی شاخیں بھیجتی ہے۔ بین العظامی ربا بالطمہ گزر کر یہ عصب پو نیچے کی پشت پر پہنچ جاتا ہے اور رسنی اور بعد رسنی ہڈیوں کے جوڑوں اور گردن کو ریشے بھیجتا ہے۔



عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب کا اصلی فعل حرکتی ہوتا ہے۔ اس سے مندرجہ ذیل صحر کی شاخیں نکلتی ہیں: عضلی مرغولی میز اب میں (ا) مثلثیہ الرؤس کے طویل سر کو (ج) اس کے اندرونی سر کو (ج) عضلہ مرفقیہ (anconeus) کے بیرونی سر کو۔ (۲) ذورایسن اور باطلہ طویل کے درمیان (ا) باطلہ طویل کو (ج) عضلہ رسیغیہ کعبیہ طویل کو۔ (۳) کعبیہ کی گردن پر (ا) عضلہ باطلہ رسیغیہ کعبیہ قصبیہ کو (ج) باطلہ قصبیہ کو۔ (۴) کٹانی کی پشت پر (ا) عضلہ باطلہ رسیغیہ زندیہ کو (ج) عضلہ باطلہ مشترکہ اصبعیہ کو (ج) عضلہ باطلہ خنصریہ کو۔ اور اس سے نیچے (۵) عضلہ باطلہ بعد رسیغیہ ابہامیہ (extensor ossis metacarpi pollicis) کو (۶) عضلہ طویل ابہامیہ کو (۷) عضلہ باطلہ ابہامیہ قصبیہ کو (۸) عضلہ باطلہ اشاریہ (xtensor indicis) کو۔

حسی شاخیں (۱) ایک داخلی جلدی شاخ جو بازو کے لئے ہوتی ہے بغل کے زیرین حاشیہ کے بالمقابل نکلتی ہے اور پس اندرونی سطح کو زج (olecranon) تک رسد پہنچاتی ہے۔ (۲) ایک خارجی جلدی شاخ جو اس مقام پر نکلتی ہے جہاں یہ عصب ذراعیہ کی کعبیہ جانب کے کنارہ کو عبور کرتا ہے۔ یہ بازو کی پس بیرونی جانب کو رسد پہنچاتی ہے علاوہ ازیں یہ اس تپلی درجی کو بھی رسد پہنچاتی ہے جو پیش بازو کی پشت پر عضلی مرغولی اور داخلی جلدی اعصاب کے رقبہ جات کے قنصر کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ (۳) مقدم (کعبیہ) شاخ پونچے کی پشت پر تین شاخوں میں منقسم ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ شاخیں ابہامی افراز (بیرونی حصہ)، ہاتھ کی پشت کے بیرونی حصہ، انگوٹھے کی پشت اور انگوٹھ اشاریہ اور وسطی کی پشت کو دوسرے سلامیہ کا اور انگشت حاتم کے ایک ایسے ہی رقبہ کو جو اسکی کعبیہ جانب پر ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہیں۔

یہ ظاہر ہے کہ محل مفرت کا جو تعلق شاخوں کے مبادی سے ہوگا ضرر کے سرسری مفاہر اس کے لحاظ سے مختلف ہوں گے۔

**عضلی مرغولی شلل** میں اگر ضرر واقع ہو، تو (۱) بطلہ کر دگی کی طاقت کے

فقدان کے ساتھ ہی ایک میزہ ہئیت بھی دیکھنے میں آتی ہے جس میں کہنی نصف خمیدہ ہوتی ہے، ہاتھ اکباب کی حالت میں لٹکا ہوتا ہے، اور انگلیں کسی حد تک خمیدہ ہوتی ہیں۔ لیکن اگر مشاہدہ قری سلامیات کو سہارا دے تو مریض ہر ایک انگلی کے دوسرے اور تیسرے سلامیہ کی بطلہ کر دگی کر سکتا ہے اور اسکی

وجہ یہ ہے کہ بین العظامی عضلات اور عضلات قطنیہ (lumbricales) سے لیکر باسط وتر کے لمبہ سری پھیلاؤ تک ایک صفاتی چسبیدگی موجودگی ہوتی ہے۔ لہذا سرے کے دو سلامیات کو کسی جمیرو سے سہارا دینے کی کوئی ضرورت نہیں ہوتی۔ (۲) عضل باسط رنجیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے شکل سے پونچے کی تقریب کمزور ہو جاتی ہے اور یہ حرکت پھر عضل قابضہ رنجیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) سے کی جاسکتی ہے۔ لیکن اس حالت میں اسکے ساتھ خم کردگی بھی موجود ہوتی ہے، کیونکہ باسط متوازن کش زائل ہو جاتی ہے۔ (۳) انگوٹھے کے باسط عضل شلول ہو جاتے ہیں۔ (۴) بطح اب بھی (ذو راسین کے ذریعہ سے) کیا جاسکتا ہے جبکہ کہنی نصف خم کردگی کی حالت میں ہو۔ عضل باطو قصیر (supinator brevis) شلول ہو جاتا ہے۔ (۵) انگلیوں کی قوت گرفت کمزور ہو جاتی ہے کیونکہ عضلات قابضہ اگرچہ بذات خود متاثر نہیں ہوتے مگر ہاتھ کی خم کردگی کی حالت کی وجہ سے یہ بخوبی باطل عمل ہر انجام نہیں دے سکتے۔ گرفت کے مضبوط ہونے کا امکان صرف اسی وقت ہی ہو سکتا ہے جبکہ ہاتھ پہلے باسط کردگی کی حالت میں ہو۔ (۶) عضل باطو طویل (supinator longus) کی حالت کا خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے، کیونکہ یہ عضل اپنے اس نام اور عضلی مرغولی (musculo-spiral) عصب (باسط) سے رسد واصل کرنے کے باوجود اپنے فعل کے لحاظ سے ایک خم کن عضل ہے۔ صحیح سالم بازو میں مریض کی کہنی کو مزاحمت کے مقابل میں خمیدہ کروانے سے خاص مکر جبکہ اسکی کلائی اکباب اول بطح کی درمیانی حالت میں یہ بخوبی ابھارا جاسکتا ہے۔ کہنی کی بھری خم کردگی میں یہ ذو راسین سے متحد اصل ہوتا ہے۔ محلی الاصل عضل مرغولی شلل میں یہ اتحاد عمل جو ذو راسین کے ساتھ ہوتا ہے زائل ہو جاتا ہے۔ اگر کسی ایسے مریض میں جس میں بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہو کہ عضلی مرغولی نہ عضل باطو کو جانے والے عصب کے مبداء سے اوپر واقع ہے یہ عضل شلول نہ پایا جائے تو اس امر کے متعلق ضرورتاً ہونا چاہئے کہ ذرا تو جڑ میں ہے یا شوکی پئے یا سمومیت سیسہ یا ہسٹیریا (hysteria) سے پیدا ہوا ہے۔

### حسی تغیرات غیر اہم ہیں کیونکہ دوسرے اعصاب کی طرف سے بہت سا تر اکب

پایا جاتا ہے۔ اصابع اور ہاتھ کی پشت اور انگوٹھے پر کمے سالم رقبہ تفرع میں عدم حسیت نثار ذو نادر ہا دینے میں آتی ہے۔ لیکن انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کی پشت اور وسطی کی نصف پشت پر اور ہاتھ کی پشت کے متناظر حصہ پر یہ اکثر موجود ہوتی ہے۔ کلائی کا جو رقبہ خارجی جلدی شاخ سے رسد

و مول کرتا ہے اسکے وسط میں بعض اوقات ناقص حسیت (hypoaesthesia) کا ایک تنگ رقبہ پایا جاتا ہے۔ تا وقتیکہ نرسٹل میں اونچا واقع نہ ہو داخل جلدی شلخ کے تفرع کے خط میں کوئی عدم حسیت نہیں پائی جاتی۔

**زندگی عصب (ulnar nerve)** ضعیفہ کی اندرونی جمل سے شروع ہوتا ہے اور یہ ان ریشوں سے نکلتا ہے جو آٹھویں غنی اور پہلی صدی جملوں سے حاصل ہوتے ہیں۔ شریان کی وسطانی جانب پر نیگل کو عبور کرتا ہے اور پھر یہ بازو میں چلا جاتا ہے جہاں یہ عضدی شریان اور وسطی عصب کے پیچھے رہتا ہے۔ بازو کے نیچے کے ایک تہائی حصہ میں یہ ان ساختوں سے نرسٹل کے سطح پر ہو جاتا ہے اور یہ عضلی فاصل میں سے گزر کر بازو کے موضع خانہ میں چلا جاتا ہے۔ اس کے بعد یہ برکری مینراب میں سے ہو کر عضلہ قابضہ رسیغہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) کے نیچے سے کلائی کے سامنے کی طرف پر آ جاتا ہے اور عضلہ قابضہ رسیغہ زندیہ کی بیرونی کور پر عضلہ قابضہ سطحیہ (flexor sublimis) کے نیچے سے عضلہ قابضہ عمیقہ (flexor profundus) میں چلا جاتا ہے۔ عظم مشگلہ (pisiform) کے قریب یہ ایک صفائی قنال میں سے گزرتا ہے جو مقدم طغیہ رباط کی مقدم جانب پر عظم مشگلہ اور کلاب نما (unciform) ہڈی کے ہک کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ یہاں سطحی حسی اور عمیق حرکی دو شاخوں پر منقسم ہو جاتا ہے۔

اسکی حرکی شاخیں مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) بازو میں کوئی نہیں۔ (۲) پیش بازو میں (۱) عضلہ قابضہ رسیغہ زندیہ کو (۲) عضلہ قابضہ عمیقہ کے اندرونی دو بندلوں کو (۳) ہر ایک کو ایک)۔ (۳) ہاتھ میں عمیق کنی شاخ مندرجہ ذیل عضلات کو فروغ بھیجتی ہے۔ (۱) تمام بین العظامی عضلات کو (۲) دو اندرونی عضلات قطنیہ کو (۳) زیر ابہامی فرائز کے عضلات کو (۴) عضلہ قابضہ بہتہ قصبہ کے اندرونی سر کو (۵) عضلہ مقربہ ابہامیہ کو۔

**حسی شاخیں** مندرجہ ذیل ہیں :- (۱) کلائی میں (۱) ایک شاخ کلائی کے وسطی ثلث پر نکلتی ہے اور زندی شریان کے ساتھ ساتھ جاکر پونچھے پر سطحی ہو جاتی ہے اور پونچھے کی اندرونی جانب اور زیر ابہامی فرائز کو رسد پہنچاتی ہے۔ (۲) ظہری جلدی (dorsal cutaneous) کلائی کے وسطی ثلث پر نکلتی ہے اور زندی کے گرد گھوم کر پیچھے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور وسطی اور زیرین ثلثوں کے مقام اتصال کے قریب سطحی ہو جاتی ہے اور آخر کی ڈیڑھ انچ اور ہاتھ اور پونچھے کے اس حصہ کو جو اسکا قنار ہوتا ہے رسد پہنچاتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہے کہ پونچھے کے سامنے کی طرف پر عصب بندی کو

کاٹنے سے اس حصہ میں عدم حسیت کے نمودار ہونے کی امید نہیں کیجا سکتی۔ ٹہری شاخ صرف قریبی سلامیات کو رسد پہنچاتی ہے اور بعدی سلامیات کو کئی شاخوں سے رسد پہنچتی ہے۔

اس عصب کے ضرر سے جو سریر می منظر ہر پیدا ہوتے ہیں انہیں محل ضرر کے لحاظ سے اختلاف ہوتا ہے۔ مگر ضرر کے اسکی پہلی شاخ کے اوپر واقع ہونے کے لحاظ سے ان پر بحث کرنا موزوں ہوگا۔ یہ (۱) حرکی (ج) حسی (ج) پرورشی ہوتے ہیں۔ عضل قابض عمقیہ (flexor profundus) کے کچھ حصہ کے مشلول ہو جانے کی وجہ سے اندرونی دو انگلیوں کی ختم کردگی میں کمزوری آجاتی ہے۔

373

عضل قابض رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) دوسرے عضلات کے ساتھ پونچھ کی ختم کردگی کرتا ہے اور ہاتھ کی تقریب کرتا ہے۔ یہ ختم کردگی عضل قابض رسغیہ کعبیہ (flexor carpi radialis) اور عضل راحیہ لویہ (palmaris longus) کے فعل سے بھی ممکن ہوتی ہے۔ لیکن جس سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ عضل قابض رسغیہ زندیہ (flexor carpi ulnaris) منقبض نہیں ہو رہا۔ اس حالت میں تقریب اکیل عضل باسط رسغیہ زندیہ (extensor carpi ulnaris) کے فعل سے مل میں آتی ہے۔ لہذا یہ کمزور ہوتی ہے اور اسکے ساتھ بسط کردگی پائی جاتی ہے۔ بین العظامی عضلات اور اندر کی طرف کے دو عضلات قطنیہ کے شلل سے ہاتھ میں ممیز ترین تغیرات واقع ہو جاتے ہیں۔ بین العظامی عضلات کے فرائض حسب ذیل ہیں، دو انگلیوں کی وسطی کے خط وسطی سے تعبید (ٹہری بین العظامی عضلات) اور تقریب (کئی) کرنا، اور (ب) قریبی سلامیات کو بتعمیل ختم کرنا اور دوسرے اور تعبیر سلامیات کی بسط کردگی کرنا۔ لہذا ان افعال کو زائل ہو جانا چاہئے اور یہ درحقیقت زائل بھی ہو جاتے ہیں۔ لیکن انکی جگہ تندرست عضلات کو چالاک، سے کام میں لانے سے ان وظائف کو سرانجام دینے کی کچھ طاقت ظاہر کیجاتی ہے۔ اگر عصبی ضرر اس مقام سے نیچے واقع ہو جہاں سے عصبی رسد طویل قابضات کو جاتی ہے تو انگلیوں کی ختم کردگی اس حالت میں بھی کیجا سکتی ہے۔ لیکن بعد رسغی سلامی جوڑوں کی ختم کردگی جسے ساتھ بین سلامی مفاسل کی بسط کردگی بھی موجود ہو غیر ممکن ہوتی ہے۔ جیسا کہ ٹینٹل (Tinel) بیان کرتا ہے۔ ختم کردگی انگلیوں کے مستہرقی لف (progressive rolling) سے واقع ہوتی ہے جو طویل قابضات کے فعل سے عمل میں آتا ہے۔ مزید برآں دونوں بیرونی عضلات قطنیہ (lumbricales) ہیں جنکو عصب وسطی سے رسد پہنچتی ہے

انگشت اشاریہ اور وسطیٰ کے بین العظامی عضلات کے زائل شدہ فعل کا بدل قائم کرنے کی کب قدر طاقت موجود ہوتی ہے۔ مزید برآں اگر عضلات علیٰ حالہ ہوں تو انگلیوں کی زائل شدہ تنبید و تنہید طویل اوتار کے کمزور فعل سے خفیف سی حد تک قائم ہو جاتی ہے، کیونکہ عضلہ باسط مشرق (extensor communis) ایک کمزور ممبر ہے اور طویل عضلات قابضہ ضعیف مقرب باست ہیں۔ ابدال (substitution) کی اس قوت سے ایک غیر محتاط مشاہد کو جو یہ امر معلوم کرنے میں ناکام رہے کہ اس حالت میں تبعد کے ساتھ برط کردگی اور تقریب کے ساتھ خفیف سی خم کردگی بھی موجود ہے اور نیز حرکت کی وسعت کم ہو گئی ہے دھوکا ہو جاتا ہے۔ ایسا مریض ہاتھ کو کمزور پر چپٹا رکھ کر انگلیوں کی تنبید اور تقریب نہیں کر سکتا۔ ایسی وضع میں اگر جب بیرونی عضلات قطنیہ (lumbricales) میں کسی قدر حرکت واقع ہو سکتی ہے مگر انگشت خاتم اور پٹنگلی میں کوئی حرکت واقع نہیں ہوتی۔

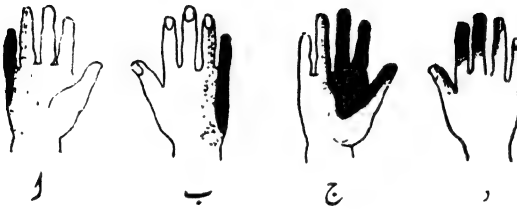
374

عضلہ قابضہ ابہامیہ قصیر (flexor brevis pollicis) کے شلل کا مظاہرہ مریضی طور پر آسانی نہیں کیا جاسکتا۔ مگر عضلہ مقرب ابہامیہ (adductor pollicis) کا شلل اس طریقہ سے آسانی سے ظاہر کیا جاسکتا ہے کہ مریض کو کاغذ کا ایک تختہ انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے درمیان پکڑا دیا جائے، اور پھر اس سے کہا جائے کہ اس تختہ کو اپنے طبعی ہاتھ سے غیر طبعی ہاتھ میں کیسی پیچیدگی یا تھکے مضامین ابہامیہ کو استعمال کرے گا، اور کاغذ کو انگوٹھے کے بعد ابہامیہ کے قریبی حصہ اور انگشت اشاریہ کے پہلے سلامیہ کی پیش جانبی طرف سے پکڑے گا۔ ضرر رسیدہ ہاتھ غالباً عضلہ مقابلہ (opponens) اور طویل قابضات کو استعمال کرے گا۔ اور اسکی گرفت انگوٹھے اور انگشت اشاریہ کے آخری سلامیات کے درمیان چمچے کی گرفت کی طرح کمزور ہوگی۔ مگر گاہے گاہے مریض اسکی جگہ ایک دوسری چالاکی سے کام لیتا ہے اور کاغذ کو عضلات باسط طویل کے قوی استعمال سے پکڑتا ہے۔ ایسی حالت میں ان عضلات کے اوتار اور خالص پونپے پر عضلات ابہامیہ کے اوتار تندرہ محسوس کئے جاتے ہیں، اور انگوٹھا باہر طرف کو پھیرا ہوتا ہے۔ یہ چالاکی ایک عورت نے جس میں زندگی نکل موجود تھا بہت اچھی طرح سے دکھائی تھی اور سی۔ سی چوائس (C. C. Choyce) نے اسے دیکھا تھا۔

زیر ابہامی افزاز کے عضلات لاغر ہو جاتے ہیں۔ اور اسکے اوپر کی جلد کے طبعی شکن غائب ہو جاتے ہیں۔ ابہامی اور زیر ابہامی افزازات کے غائب ہو جانے کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہاتھ چپٹا ہو جاتا ہے اور جب مشاہد مریض کے انگوٹھے اور ہاتھ کے درمیان کے حصہ کو انگلیوں سے پکڑتا ہے تو اس کی انگلیوں کے درمیان کچھ نہیں آتا۔

اندرونی دو عضلات قطنیہ (lumbricales) کے تشل سے بعض اوقات انگشت خاتم اور چھنگلی میں خم زدگی پیدا ہو جاتی ہے اور ترجیح پذیر زندگی چنگل (ulnar griffe) کی وضع پیدا ہو جاتی ہے خاص کر جبکہ عضلات قطنیہ عقیدہ علی حالہ ہو۔

**عصب وسطی (median nerve)**۔ ایک بیرونی سر میں وہ ریشے شامل ہوتے ہیں جو چھٹی اور ساتویں غشی جڑوں سے آتے ہیں اور عضلانی جلدی عصب کے قریب بیرونی حمل سے نکلتا ہے۔



شکل ۸۴۔ عصب زندگی کے کاٹنے کے نتائج (ا۔ ب) اور عصب وسطی کے کاٹنے کے نتائج (ج۔ د)۔

(ہیڈ: Head اور شیرن: Sherren)۔

سیاہ وہ رقبہ ہے جس سے برنا قدس پذیری اور نخر مرضی حس پذیری غائب ہو گئی ہیں۔  
نقطہ وار وہ رقبہ ہے جس سے برنا قدس پذیری غائب ہو گئی ہے۔

اندرونی عصب زندگی کے قریب اندرونی حمل سے پیدا ہوتا ہے اور اس میں وہ ریشے شامل ہوتے ہیں جو آٹھویں غشی اور پہلے ظہری سے آتے ہیں۔ یہ عصب غشی شریان کے سامنے واقع ہوتا ہے اور ہمچہ زور اس میں (biceps) کے اندرونی حاشیہ کے نیچے نیچے سے آگے بڑھ جاتا ہے۔ یہاں یہ شریان عضدی سے پیش خارجی تعلق رکھتا ہے۔ بازو کے نیچے حصہ میں یہ شریان کو عبور کر کے اسکی اندرونی جانب پر پہنچ جاتا ہے۔ عصب زندگی بازو کے ثالث زیریں تک اسکے ساتھ پس اندرونی قریبی ملا کر رکھتا ہے لہذا بازو کے بالائی دو تہائی حصوں کے ضرورت میں وسطی اور زندگی اعصاب اور عضدی شریان کو اکٹھا ہی نقصان پہنچتا ہے۔



و وسلا میات کی پشت کو بھی شاخیں بھیجتی ہیں۔

**عصب وسطی کے تصرف سے مندرجہ ذیل سرسری مظاہر پیدا ہوتے ہیں؛ بشرطیکہ ضرر مکمل ہو**

اور کہنی کے اوپر واقع ہو۔ (۱) اکباب (pronation) زائل ہو جاتا ہے۔ (۲) پونہیجے پر کی خم کردگی بہت کمزور ہو جاتی ہے اور صرف عضلہ قابضہ رنجیہ زندہ سے ہی عمل میں آتی ہے جسکو عضلہ باطوطیلہ (supinator longus) اور عضلہ باسطہ بعد رنجیہ متاکارپائی (extensor ossis metacarpi pollicis) کے اتحاد عمل سے مدد ملتی ہے۔ (۳) انگوٹھے انگشت اشاریہ اور وسطی کی خم کردگی زائل ہو جاتی ہے، مگر عضلہ قابضہ جمعیہ سے انگشت اشاریہ اور چھنگلی کی خم کردگی کجا سکتی ہے۔ بہت کم ایسا ہوتا ہے کہ عصب زندہ سے وسطی کے عمقی وتر کو ایک چھوٹی سی شاخ جاتی ہے۔ اس حالت میں اسی انگلی میں خم کردگی کی طاقت موجود رہتی ہے۔ انگشت اشاریہ کو خمیدہ کرنے وقت اگر اس انگلی میں کجا کچھ حرکت واقع ہو تو اس سے مشاہدہ کو مغالطہ نہ ہونا چاہئے۔ یہ حرکت بعض اوقات ان دونوں انگلیوں کے اتار باسطہ کے درمیانی صفاتی بند کے کھینچنے سے پیدا ہوتی ہے۔ ڈیجیٹرائزن (Dejérine) کا کاشف عصب وسطی کا شلل ظاہر کرنے کے لئے مریض کو پونہیجے اور انگلیوں کی خم کردگی کرنے کو کہنے سے عمل میں لایا جاتا ہے۔ جب مریض ایسا کرتا ہے تو انگشت اشاریہ میں بست کردگی واقع ہو جاتی ہے۔ جب مریض مضی بند کرتا ہے تو اسکا انگوٹھا خم کردگی اور تقابل کی متحدہ حرکت کرنے کی بجائے ببطر کردگی کی حالت میں رہتا ہے۔ (۴) کوئی ایسی میز ہئیت نہیں جو اس ضرر کی منظر ہو۔

اگر تصرف کلائی کیے ہوئے حصہ میں واقع ہو تو مذکورہ بالا حرکتوں میں سے اکثر برقرار رہتی ہیں لیکن ابہامی افزا زنبول ہو جاتا ہے اور عضلہ سابعہ ابہامیہ اور عضلہ متقابلہ مشلول ہو جاتے ہیں۔ مگر ایسے افعال کا بدل جلدی قائم ہو جاتا ہے اور اسلئے بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ قائم ہی ہیں۔ بہر کیف اگر ان مسماع کا تجزیہ کیا جائے جو مریض تقابل کے لئے کرتا ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ وہ انگوٹھے اور انگلیوں کی خم کردگی سے اپنا مقصد حاصل کرتا ہے۔

**حسی نقصان تقریباً اسی رقبہ پر پایا جاتا ہے جسکو یہ رسد پہنچا ہے۔ لیکن اس کے**

حاشی کے قریب عدم حسیت کی جگہ بعض اوقات ناقص حسیت (hypæsthesia) پائی جاتی ہے۔



## صحت نامہ

صحیح	غلط	صحیح	غلط
متہیج	متہیج	الحلقی	الحلقی
aqueductus	aqueductus	چاہئے	چاہئیں
کردتی	کردی	اتصال	اتصال
ورید	ورید	بوسیدگی	ذبول
(ب)	(۲)	دماغ	دماغ
رباط	باط	ظہر السرج	ظہر السراج
hyoglossus	hyopglossus	ہیں	ہیں -
اوپری	اوپرا	”سماعت الفاظ“ کا	”سماعت الفاظ“
اذینی	اذینی	یہ	-
حذف کر دیا جائے	مضغہ منخرقہ (م-م)	raphe	raphi
اکثر	کثر	متہیج	متہیج
وریدوں	وریدوں	اور	ور
لوزہ	لوزہ	وجہی شلل	جہی استرخا

صحیح	غلط	۲۸۰	۲۸۱	صحیح	غلط	۲۸۰	۲۸۱
biceps	diceps	۱۳	۲۸۳	اور	آور	۳	۲۸۳
مدلمجہ	مدلمجہ	۹	۲۸۵	درمیان کے	درمیان کی	۱۲	۲۸۶
پھیکنگٹہ	پھیکنگٹہ	۱۲	۲۸۸	abdominis	obdominus	۹	۲۸۲
طبعی ہو	طبعی ہو	۱۹	۲۹۳	ہوں	ہیں	۹	۲۸۳
ترجیع	ترجیع	۷	۲۹۹	بغل	بغلی	۵	۲۸۵
ہول	بول	۲	۳۰۶	مسدود	مندود	=	=
باطح لویہ	فوقانی لویہ	۳۱	۳۱۷	پستانی	پستا	۲۴	۲۴۶
پونچے	پہونچے	۱۲	۳۳۰	مفاصل	مفائل	۱۱	۲۴۷
درمیان پایا جاتا ہے	درمیان	۱۶-۱۵	۳۳۹	غضروف	غضروف	۲۱	=
کلاب نما	کلاب نما ہڈی	۱۵	۳۴۰	رٹوی سکتہ	رٹوی سکتہ	۱۸	۲۵۰
شکنوں	شکنوں	۲	۳۴۱	دوران	دوران	۳	۲۵۷
ہوتے ہیں (مٹھوری)	ہوتے ہیں	۷	۳۵۷	brachialis	brachialis	۲۵	۲۶۲
کا	کا	۱۱	۳۶۱	آگے	اگے	۱۳	۲۶۷
دالیہ	دالیہ	۱۳	۳۷۲	جاتا	جانا	۱۷	=
extensor	xtensor	۹	۳۷۳	فقید المثال	فقید المثال	۲۷	۲۷۰









